

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP		1410	HBAGA	B	1311675191	1311675191
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
FAUBLA		CUSME		F	1985-02-24	40
		LILIANA		DE LOS ANGELES		
				REFERENCIA	DERIVACIÓN	
				X		
0987113969				MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		
13	BOLIVAR	CALCETA		X		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
FEMENINO DE 40 AÑOS DE EDAD COLECISTECTOMIZADA CON PROCEDIMIENTOS DE CPREE POR CALCULOS DE VIAS BILIAR PRINCIPAL, GASTRITIS CRÓNICAS, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLORS INTENSOS EN HIPOCÓNDRIO IZQUIERDO TIPO QUEMANTE			

E. DIAGNÓSTICO		PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS CRÓNICA, NO ESPECIFICADA		K295		X			
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
07/11/2025	9.00a.m	NELSON	BETANCOURT
SEGUNDO APELLIDO		RIVERO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
0960003283			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
			SI X NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS			

F. DIAGNÓSTICO		PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.						4.		
2.						5.		
3.						6.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE			

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO		SELLO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		