

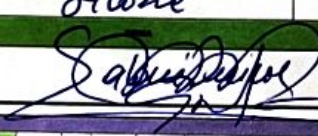
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                          |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |   |   |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |   |   |
| MSP                                                         | 001241           | San Bartolo              | CS-A           | 13254/1491                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONEXIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |
| Alava                                                       | Ocampo           | Maria                    | Ayudadora      | M                                | 24-05-1994        | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | M                      | F | X |
| NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                 |                  | REFERENCIA               |                | DERIVACIÓN                       |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |   |   |
| 099 97 25481                                                |                  |                          |                |                                  |                   | <input type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica<br><input type="checkbox"/> 2. Faltas de espacio físico<br><input type="checkbox"/> 3. Faltas de equipamiento<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura<br><input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutiva<br><input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                        |   |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARRISHUA                |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |   |   |
| Manabí                                                      | Bollívar         | Calceta                  |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |                 |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD    |
| MSP                                                     | H.G. Dr. Mipokón Landa C | Consulta Externa | Cirugía General |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Paciente con antecedente de hernioplastia ventral sin complicaciones durante la amniotomía, con evolución favorable pero requiere control por especialidad. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| E. DIAGNÓSTICO              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| OTROS CUADROS ESPECIFICADOS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS |
| posteriores a la cirugía    | 2488          |               |               |               |               |               |               |               |               |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |        |                                                                                                   |                |                 |                  |
|---------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| FECHA                                 | NÚMERO | PRIMER NOMBRE                                                                                     | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025/09/16                            | 15645  | Salomé                                                                                            | Quiroz         | Gile            |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |        | FIRMA                                                                                             |                |                 |                  |
| 1309650404                            |        |                 |                |                 |                  |
|                                       |        | Dra. Salomé Quiroz Gile<br>Especialista Medicina Familiar y Comunitaria<br>Código MSP: 1309650404 |                |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |    |    |                        |    |    |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|------------------------|----|----|--|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |  |  |  |  |
|                                             |    |    |                        |    |    |  |  |  |  |

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO 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 (dd/mm/aa) |
|                                                                                       |                          |          |                  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| F. DIAGNÓSTICO              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| OTROS CUADROS ESPECIFICADOS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS | OTROS CUADROS |
|                             |               |               |               |               |               |               |               |               |               |

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

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |        |               |                |                 |                  |
|---------------------------------------|--------|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| FECHA                                 | NÚMERO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |        |               |                |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |        | FIRMA         |                |                 |                  |
|                                       |        |               |                |                 |                  |