INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1312695313	1312695313

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	H	D	M	A
BRAVO	MACAY	ANDREA	ALEJANDRA	F	1988-06-03	37				X

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
13	BOLÍVAR	CALCETA

0993894409-0994897689

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura [ ]
6. Problemas de abastecimiento [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [X]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [ ]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINO DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO REGULAR CON CARBAMAZEPINA, CON ULTIMA CRISIS HC MENOS DE UN MES, SIN VALORACION POR NEUROLOGIA DESDE HACE MUCHO TIEMPO, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION CON LITIASIS VESICULAR

ECO.COLELITIASIS

E. DIAGNÓSTICO

PRE = PRESUNTIVO
DEF = DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	COLELITIASIS	K808		X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/12/2025	9.00 a.m	NELSON	BETANCOURT	RIVERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
0960003283	Firmado electrónicamente por: NELSON ALBERTO BETANCOURT RIVERO Validar únicamente con FirmaEC	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	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 (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO