

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

Apellido paterno <i>Carney</i>		Apellido materno <i>Morales</i>		Nombres <i>Flores Mauricio</i>		Fecha de Nacimiento <i>24/11/1989</i>		Edad <i>35</i>	Sexo <i>M</i>
Nacionalidad <i>Costa Rica</i>		País <i>Costa Rica</i>		Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1312762648</i>		Lugar de residencia actual <i>Hacienda Chorro Negro</i>		Dirección Domicilio <i>Carretera a San Carlos</i>	
Vot. Inscriptivo <i>Democrático</i>		Cédula de dígitos <i>1312762648</i>		Provincia <i>San Carlos</i>		Cantón <i>San Carlos</i>		Partido <i>Partido Liberación Nacional</i>	
								N° Telefónico <i>09605581</i>	

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área			
MSF	131272692	SCS San Pedro	#	13007			
Refiere o Deriva a:							
MSF	HNOE	San Lorenzo	Centenario	07	08	2024	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

Limitada capacidad resolutoria	1	☒
Ausencia temporal del profesio	2	☐
Falta de profesional	3	☒

Saturación de capacidad instalada
Otros /Especifique:

4	
5	

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1	Helicoverpa pupa	la cause de ce symptôme classé par son aspect	BB0	X
2	Pieris pupa		K30X	7

Nombre del profesional:

Código

234

Firma

Dr. Eni López Rodríguez

MEDICO CIRUJANO

Reg. MSP. 1.34 E. 79 N.º 23

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clinica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrareflecte o Referencia inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

2. Resümee der beiden Einträge

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

3. Planlægges relevante eksaminer, programmer og aktiviteter

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

4. Tratamientos y procedimientos de limpieza

5. Diagnóstico

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

6. Tratamiento recomendado

Nombre del profesional especialista:

**Código
MSP:**

Firma:

MSP/DNEAIS/Form. 053/ene/2014

7. Referencia Justificada

Scanned by Taro