

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HBAGA		B	1313170399		1313170399		
SEGUNDO APELLIDO		LEONIDAS		FERNANDO	M	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A	
ZAMBRANO		ZAMBRANO		LEONIDAS		1987-12-27		38		
0969956185-0989132652		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.	
13	2	50							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		CIRUGÍA				
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO										
MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN DOLOROSO EN REGIÓN UMBILICAL										
E. DIAGNÓSTICO										
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF		
HERNIA UMBILICAL		K429		X						
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE										
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				
27/02/2026	9.00a.m	NELSON		BETANCOURT		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 QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	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		CIE	PRE	DEF	CIE		PRE	DEF		
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						