

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	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Cabrera	Diana	Romero	Angulo	M	6/9/1987
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCA)	
0983496102				H O M	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	MOTIVO		
Manabí	El Cajas	El Cajas	6. Problemas de abastecimiento.		
			7. Insuficiencia de profesionales.		
			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		Clínica	Geriatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 37 años, San App de HTA, la cual estuvo ingresada en el ISS de Chone por presentar Dx Pancreatitis Aguda. Ahora viene en busca de referencia para continuar estudio y seguimiento con Geriatría.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

1.	Pancreatitis Aguda	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
2.				K850		X
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/09/2024	8:50 AM	Diana	Duran	Vargas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	Dra. Diana Duran Varga		
127625		ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
REG. SENESCYT 127625				

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 (aaaa-mm-dd)	#
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------	---

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
2.						
3.						

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		