

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1314135516	1314135516
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Valenzuela	Zombano	Melena	Morilu	M	22/9/1999
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
0968386422				MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA		CONDICIÓN EDAD	
Flour Albaro				X	
CANTÓN		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD	
		1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento	
		2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales	
		3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutoria	
		4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
		5. Problemas de infraestructura			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
msp	hospital Donato	consulta	Reumatología phone

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente femenina 25 años padece por dolor edema y inflamación rubor y empotencia funcional de piezo izquierdo

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

prto 1183 ul

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
prto no expuesto	m256 X			
prto no expuesto	m256 X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/1/2025	(hh:mm)	Romulo	Muñoz	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1312022369	Romulo Muñoz			

Hospital Basico San Andres
Dr. Romulo Muñoz Morena
Medicina General
1312022369
Ha Registrado: 1998-2017-185527

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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 (Año-Mes-Día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
(dd-mm-aa)	(hh:mm)			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA