

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1314135912									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MONTES		MINAYA		DARWIN		RAMON		M	31/8/1993	32	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0-997373518				x											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.									
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI				FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					X
								4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					X
								5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA			

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE SEXO MASCULIN APP LITIASIS RENAL Y IVU A REPETICIÓN . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR ALZA TERMICA Y MALESTAR GENERAL DE VARIOS DIAS DE EVOLUCIÓN. EXÁMEN FÍSICO CABEZA SPA CUELLO SPA TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA.	N19x		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				



F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
07/09/2026	8am	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		ROMULO MUÑOZ					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA		x		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	
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	
MSP		CENTRO DE SALUD FALVO ALFARO		13D07		

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				



H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
	8am	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		RÓMULO MUÑOZ					