

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1314640911		1314640911	
SEGUNDO APELLIDO		PRIMER APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	
ZAMBRANO		MARQUEZ		SARA		F		1995-01-22 31	
0979234736-0999396637		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
PROVINCIA		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento	
13		CANTÓN		50		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				CONSULTA EXTERNA		CIRUGÍA			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
FEMENINO DE 31 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA CONTRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION A LITIASIS VESICULAR									
ECO .LITIASIS VESICULAR									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CE	PRE	DEF	CE		PRE	DEF	
1. COLELITIASIS		K808		X					
2.									
3.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
12/02/2026	9.00a.m	NELSON		BETANCOURT		RIVERO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
0960003283		Firmado electrónicamente por: NELSON ALBERTO BETANCOURT RIVERO Validar únicamente con FIRMAEC							
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		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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS									
F. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CE	PRE	DEF	CE		PRE	DEF	
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				
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					