

FORMULARIO DE 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: Verduga, Segundo APELLIDO: Delgado, PRIMER NOMBRE: Gisela, SEGUNDO NOMBRE: María, SEXO: F, FECHA (aaaa-mm-dd): 21/09/91, EDAD: 33

Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0979212540

PROVINCIA: LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: CANTÓN: PARROQUIA:

REFERENCIA: ☐ DERIVACIÓN: ☐

MOTIVO:
6. Problemas de abastecimiento.
7. Insuficiencia de profesionales.
8. Inadecuada capacidad resolutiva.
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

1. Accesibilidad geográfica.
2. Falta de espacio físico.
3. Falta de equipamiento.
4. Equipos en mal estado.
5. Problemas de infraestructura.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital Basico San Andres	Gen	Neumología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, de 33 años de edad, presente con síntomas de tos, expectoración de color blanco, fiebre, dolor de pecho, dificultad para respirar y pérdida de peso, con antecedentes de asma.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Radiografía de tórax.

E. DIAGNÓSTICO

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

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd): 29/10/24, HORA (hh:mm): 10:00

PRIMER NOMBRE: [Firma], PRIMER APELLIDO: [Firma], SEGUNDO APELLIDO: [Firma]

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 0901032664

Dr. Kamila Monina, Medicina Interna, Folio: # 2, 176-1768

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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
4.						
5.						
6.						

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

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA: SELLO: