

MSA

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	
Monte de los Andes		125	Cusub		C	1314286174		1314286174	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Alcivar		Pineda		Tania		Alejandra		M	14/8/94
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0960674292-0960473528 / Cel. Ely Alcivar		Provincia: Huancabamba, Cantón: Tarma, Párrquia: Tarma						☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☐ 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
Monte de los Andes	Hospital Regional de Huancabamba	Centro de Diagnóstico	Neumología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente femenina de 35 años de edad en APP de Asist. Remota de Huancabamba en el año 2024. Se refiere a consulta de diagnóstico de la enfermedad por la cual desea continuar con el tratamiento. Menciona dolor en el pecho de tipo punzante y tos seca en mayor intensidad. Los síntomas se han ido agravando.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
FR 32 y 31 (4/21)	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	Asist. Remota de Huancabamba, síntoma de diagnóstico			M059	1				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
11/11/2024		Ros	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	
1314286174			

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

RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

RESPONSABLE			
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA	SELLO		