

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HBAGA		B	1315127892		1315127892		
SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		H D M A		
SALTOS		MARIA		MARIA		DEL CARMAN		F	1970-05-30 55	
0969913166		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.	
13	2	50							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				
MSP				CONSULTA EXTERNA		CIRUGÍA				
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO										
FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS QUE ACUDE A CONSULTA REFERIDA DEL ÁREA DE SALUD POR PRESENTAR TRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION A LITIASIS VESICULAR										
ECO.COLELITIASIS										
E. DIAGNÓSTICO										
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	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		
24/02/2026		9.00a.m		NELSON		BETANCOURT		RIVERO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO						
0960003283										
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN										
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	NO		
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA						
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	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.					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						