

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMELLO		LAAZ		ANDRES SEBASTIAN		15	11	2002	22	H
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria				N° Telefonico
Ecuatoriana	Ecuador	1315233559	13	1311	131150	AZUCENA				0997387780
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia					convencional/celular

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales									
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area	
MSP		1315233559		San Sebastián		CS		13D08	
Refiere o Deriva a:								Fecha	
MSP		Hospital General Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Cardiología		10	01 2025
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:									
Limitada capacidad resolutive		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐		
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐		
Falta de profesional		3	☐	Null					
3. Resumen del cuadro clínico									
PACIENTE MASCULINO DE 22 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLORPRECORDIAL DE MODERADA IINTENSIDAD QUE SE DESCENCADENA AUN ESTANDO EN REPOSO, SE INTENSIFICA A LOS CAMBIOS POSTURALES, SE ACOMPAÑA TAQUICARDIA CON RITMOS CARDIACOS ASINCRONICOS, CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS (185/110MMHG), PALIDEZ CUTANEO MUCOSAS Y EN OCASIONES PERDIDA DE LA CONCIENCIA POR TAL MOTIVO SE REFIERE A ESPECIALIDAD.									
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos									
PENDIENTES A REALIZAR.									
5. Diagnostico									
						CIE-10	PRE	DEF	
1	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO					R074	X		
2	TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA					R000	X		
Nombre del Profesional: Pablo Vergara						Codigo MSP: 1312051574		Firma: 	

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales											
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio	
Contrarefiero o Referencia inversa a:										Fecha	
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia		Mes Año	
2. Resumen del cuadro clínico											
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos											
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados											
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa											
						CIE-10	PRE	DEF			
1											
2											
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad											
Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____											
MSP/DNEAIS/form.053						7. Referencia Justificada					