



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
						1315522878			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Cagua		Oliveros		Nora		Gda	F		50
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0959444605								H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO		SEGURO SALUD PRINCIPAL			
Provincia: Manabí Cantón: Pedernales Parroquia: Pedernales				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la		IESS-G IESS-C ISSPOL ISSFA PRV.	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
Ministerio de Salud Pública			Consultas Externas Gestión Epidemiológica

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente femenina de 50 años con antecedentes patológicos por diabetes, hipertensión arterial, dolor abdominal a nivel de flanco y posición incómoda de +1 año refiere algunos síntomas como: fatiga, pérdida de peso en los últimos + meses refiere algunos cambios habituales de comportamiento + he estado preocupada por lo que se le pide la realización de + estudios de imagen + colonoscopia.	
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Solicitud autorizada para realización de colonoscopia.	

E. DIAGNÓSTICO	
1. Diagnóstico	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO
2. Diagnóstico	CIE PRE DEF
3. Diagnóstico	CIE PRE DEF
4. Diagnóstico	CIE PRE DEF
5. Diagnóstico	CIE PRE DEF
6. Diagnóstico	CIE PRE DEF

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
26.05.2025		Byron	Oliveros
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
0603474719			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA	REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA

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
1. Diagnóstico	CIE PRE DEF
2. Diagnóstico	CIE PRE DEF
3. Diagnóstico	CIE PRE DEF

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