



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
Hera		Zambrano		Jose David		29 07 2002		22	H	
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico
Ecuatoriana		Ecuador		1315794139		Chone		Las Caras Bayona		0959012003
Ver Instructivo		Describir País		Cédula diez dígitos		Provincia		Cantón		Parroquia
						Chone		Bayona		
						Calle Principal y Secundaria				Convencional/Cellular

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

whatsapp

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
MSP		Centro de Salud Bayona		A	13D07		
Refiere o Deriva a:							
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	Fecha	
MSP	Hospital General Chone	Consulta Externa		Traumatología	24	10	
					año	2024	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutive 1 ☒
Ausencia temporal del profesio 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros /Especifique: 5 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 22 años de edad sin antecedentes de enfermedades crónicas acude al centro de salud por que aproximadamente 8 meses presenta dolor en la rodilla derecha con presencia de crepita de Tumoración mas edema y entera local que limite la deambulación.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

1	Quiste Anovismático en hueso	CIE-10	PRE	DEF
2		M856	X	

Nombre del profesional: Dra. Gabriela Baqueriz T.

Código MSP: Esp. Medicina Familiar CP. 1720252541 Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:						
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área	
					Fecha	
					día	mes
					año	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: