

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1410	HBAGA		B	1316731106		1316731106					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN		O	N	EDAD	
ZAMBRANO		ZAMBRANO		ROSA	F	2003-10-24	21	H		D	M	A	
0982523098-0968760547				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO									
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
13		BOLIVAR	CALCETA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
					3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria						
					4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
					5. Problemas de infraestructura.								
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
FEMENINO DE 21 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TYRATSOTNOS DISPEPTICOS EN RELACION CON COLELITIAS													
ECO. COLELITIASIS													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE =		PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF		
1. COLELITIASIS				K808		X	4.						
2.							5.						
3.							6.						
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
13/03/2025		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 QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		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		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									