

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1317161394		1317161394	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	H D M A
CHICHANDA		BRIONES		YADIRA		GISSELA		F	1993-12-17 31
0969974006- 0991877315				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento		X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales			
13	BOLIVAR	CALCETA		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	NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS DE EDADE CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE "EPILEPSIA". REFIERE AUMENTO DE VOLUMEN EN DORSO DE LA MANO DERECHA HACE 7 MESES EL CUAL CRECE PROGRESIVAMENTE Y DOLOR AL MOVILIZAR LA MANO

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	DEF = DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	GANGLION					M674		X			
2.											
3.											

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/12/2025	9.00a.m	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1204015455				

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	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