

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO					
MSP		1410	HBAGA		B	1354425728		1354425728					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION DE SALUD				
SACON		SACON		MILTONIO		M	1972-10-20	51	CONDICION DE SALUD H D M A				
0987077532-0997148548				REFERENCIA	☒	DERIVACION		☐					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geografica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA				2. Falta de espacio fisico.				7. Insuficiencia de profesionales.					
CANTON				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva					
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestacion en la cartera de servicios					
13				BOLIVAR				5. Problemas de infraestructura.					
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
MASCULINO DE 51 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CIRUGIA PIERNA DERECHA QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR E INFLAMACION EN SITIO OPERATORIO													
E. DIAGNOSTICO													
PRE = PRESUNTIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF				
1. GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO		L928	X		4.								
2.					5.								
3.					6.								
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
09/09/2024		10.05 a.m		NELSON		BETANCOURT		RIVERO					
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO							
0960003283													
G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION													
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA				SI	X	NO	
CONTRAREFERENCIA				☐		REFERENCIA INVERSA				☐			
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO					
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA													
INSTITUCION DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS													
F. DIAGNOSTICO													
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					
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO							