

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1354671479		1354671479	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	H	D
SEGURA		RIVERO		MAGALIS		F	1962-11-10	62	X
0997934679				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
13	BOLIVAR	CALCETA		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD			
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA			
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN.									
ECO, DIVERTICULITIS DE COLÓN									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	CIE				
1. ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN		K573		X					
2.									
3.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
06/11/2025	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 AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	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				
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					