

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	UNICÓDIGO 2812	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSP	TIPOLOGÍA 2812	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1706170105	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Quintero	SEGUNDO APELLIDO Rengu.	PRIMER NOMBRE Luis	SEGUNDO NOMBRE Aul	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 27/11/74
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0980019467		REFERENCIA ☐		DERIVACIÓN ☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA: Esmeraldas CANTÓN: Santo Domingo PARROQUIA: Pácora		MOTIVO ☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Insuficiente capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C. Gato	SERVICIO Neufología	ESPECIALIDAD
--------------------------------	-------------------------------------	------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente de HTA + HPB + EPOC 644
Elevación de gases en el
CTDOP1 36

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Exámenes gases en el
creato. 1.2.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PROCESO DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. Enfermedad del corazón						
2. HTA						
3. HPB						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA 22/11/14	HORA 10:00	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1815321129		FIRMA	SELLO	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	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 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-PROCESO DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. HTA						
2. HPB						
3. EPOC						

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	