

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA										COORDINACIÓN ZONAL 4																					
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA					UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD					TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				NÚMERO DE ARCHIVO													
MSP					1340		C.S. VALDEZ					A		1706363668				1706363668													
PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE				SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
CARRERA					VEGA					DERLI EZEQUIEL					VICENTE				M	05/04/60		66	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					TIPO DE COBERTURA					REFERENCIA					X	DERIVACIÓN					MOTIVO										
0981630440/0985935228					MSP																6. Problemas de abastecimiento.										
PROVINCIA					LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																7. Insuficiencia de profesionales.										
MANABI					ROCAFUERTE					PARROQUIA											8. Inadecuada capacidad resolutoria										
										ROCAFUERTE											9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				X						
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA																															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA					ESTABLECIMIENTO DE SALUD					SERVICIO					ESPECIALIDAD																
MSP					HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CHONE					CONSULTA EXTERNA					CIRUGIA GENERAL																
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO																															
PACIENTE CON APO HERNIA INGUINAL DE LADO IZQUIERDO. ACUDE A CENTRO DE SALUD REFRIENDO QUE HACE 4 MESES NOTA PRESENCIA DE BULTO VISIBLE EN EL LADO DERECHO HACIENDOSE MAS EVIDENTE AL HACER ESFUERZO. SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA																															
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS																															
E. DIAGNÓSTICO																															
PRE= PRESUNTIVO										CIE	PRE	DEF						CIE	PRE	DEF											
1. HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION										K409		X	4.																		
2.													5.																		
3.													6.																		
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE																															
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE					PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO																	
04/08/26		09:00:00		JOSE					ALVARADO					MENDOZA																	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA										SELLO																	
1350569966																															
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN																															
REFERENCIA JUSTIFICADA										SI	X	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					TIPOLOGIA		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																	