

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: MSP UNICÓDIGO: 2812 ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSD TIPOLOGÍA: II NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 1716383896 NÚMERO DE ARCHIVO: 44

PRIMER APELLIDO: Cuatrecasas SEGUNDO APELLIDO: Barrios PRIMER NOMBRE: Edith SEGUNDO NOMBRE: M. R. G. SEXO: F. FECHA NACIMIENTO: 4/9/49 EDAD: 44

NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0969732850

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: CANTÓN: Santo Domingo PARROQUIA: Poblado de Burela

PROVINCIA: Bolívar

REFERENCIA: ☐ DERIVACIÓN: ☐ MOTIVO: ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: MSP ESTABLECIMIENTO DE SALUD: G. Gómez SERVICIO: Medicina Especialidad: Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente con LES + SAF + HIP. Oloros de cabeza
presión 1.9 CKD EPI 3)
presión 29/160. 196

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO: Enfermedad renal G III
Lesión arterial sistólica
PRE-PRESENTIVO: DEF-DEFINITIVO: 01/12/13 13/21
CE: PRE: DEF: 4. 5. 6.

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: 23/11/14 HORA: 10:40
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1715321129
PRIMER NOMBRE: Adela PRIMER APELLIDO: Villacís SEGUNDO APELLIDO: S.
FIRMA: [Firma] SELLO: [Sello]

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA: ☐ SI ☐ NO ☐ DERIVACIÓN JUSTIFICADA: ☐ SI ☐ NO ☐

CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

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:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: DISTRITO: FECHA (aaaa-mm-dd):

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTIVO: DEF-DEFINITIVO: CE: PRE: DEF: 4. 5. 6.

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: HORA: PRIMER NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA: SELLO:

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA