

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1725646747		1725646747	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	H D M A
MARIN		LAZ		JIMMY		JAVIER		M	1992-08-22 33
0963842070-0979789979				X		DERIVACIÓN		MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento		X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales		X	
13	BOLIVAR	CALCETA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria		X	
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN DOLOROSO EN TOBILLO DERECHO CARA INTERNA, LO QUE LE DIFICULTA LA MARCHA			
ECO. QUISTE SINOVIAL			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	QUISTE SINOVIAL				M713		X			
2.										
3.										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/01/2026	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 QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	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 = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.										
2.										
3.										

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