MINISTERIO DE SALUD PUBLICA FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA Fecha de Nacimiento Essa Best Nombres Apellido paterno Apelido matemo 2181 10 M حثليط L YTEV OL Nº Telefónico Direcçión Domicillo P3.6 Sa racesarestati Paraporte 2046 126 23 95 1848 277 Commonwicks Euro 0502333311 DERIVACIÓN: H REFERENCIA: 1. Datos Institucionales Distrito/Area Tipe Entidad cel sistema Hist. Cilrica No. Establecimiento de Salud HCALIESS LECEIL Fecha Refime o De Iva a: U H(AM ITESS Mediani L CAM Establecimie (In 6) Sais d 2. Motivo de la Referencia o Berivación: Saturación de capacidad enstatada ··· (aca dadadidad resolutiva Sugriment temporal del profesio. 2 Otes alispectant sometras. Finitis de profesiona Resumen del cuadro clinico Le realizana. 26/03/13 lazons relevantes de examenes y proce Diagnostical CIE-10 CEF Carcrooms Firma Nambre dei profesional: MSF 1804013474 n Escobar Arcas ENDITION TO THE POST AND THE PO REFERENCIA NVERSA: :055 III. CONTRAREFERENCIA: 1 Dates institucionales Especialidad del servicio Establectmiento de Salud Tipo Servicio Entidad del sistema Hist. Clinica Nro. Fecha Contrareliere o Referencia irattisa at ď. Distrito/Area Entided del 5 stema 2 Resumen del cuadro clinico 3 Hallazgos relevantes de examenes y procedimientos diagnósticos Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados OEF CRE-10 PRE 5 Diagnostico Tratamiento recomundado a seçuir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

MC.1077220