

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (HCA)		NÚMERO DE ARCHIVO		
HOSPITAL LA SALUD PÚBLICA - MSP		1781	HOSPITAL EUGENIO ESPINOSA		H-1	17886-00-004		17886-00-004		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	
MARTÍNEZ		VILLACRÉNES		JOSE		FRANCISCO		H	11/08/1971	
EDAD		CONDICIÓN SSAD (MARCAR)								
51		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Z								
TELÉFONO (CELULAR O COMERCIAL)					REFERENCIA					DERIVACIÓN
0983460913										<input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/> 6 Problemas de establecimiento <input type="checkbox"/> 7 Inadecuación de profesionales <input type="checkbox"/> 8 Inadecuada capacidad resolutiva <input type="checkbox"/> 9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
LIBRO DE REGISTRO ACTUAL			<input type="checkbox"/> 1 Accesibilidad geográfica <input type="checkbox"/> 2 Faltas de insumos básicos <input type="checkbox"/> 3 Faltas de equipamiento <input type="checkbox"/> 4 Equipos en mal estado <input type="checkbox"/> 5 Problemas de infraestructura							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA						
PICHINCHA		QUITO		COTACALLAO						

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
<p>PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE UNION RECTO Y SIGMA CON PRESENCIA DE LESIONES A NIVEL PULMONAR Y HEPATICO. PRESENTA OBSTRUCCION DE MAS DEL 90% DE LA LUZ. AL NO DISPONER MEDICAMENTOS EN LA INSTITUCION, SE ENVIA TRANSFERENCIA PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL</p>

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
<p>ADJUNTO EN EPICRISIS</p>

E. DIAGNÓSTICO																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CD</th> <th>FE</th> <th>DE</th> <th>OP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>TUMOR MALIGNO DEL COLON PARTE NO ESPECIFICADA</td> <td>C180</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CD	FE	DE	OP	1	TUMOR MALIGNO DEL COLON PARTE NO ESPECIFICADA	C180	X	2				3				4				5			
CD	FE	DE	OP																					
1	TUMOR MALIGNO DEL COLON PARTE NO ESPECIFICADA	C180	X																					
2																								
3																								
4																								
5																								

F. DEL PROFESIONAL RESPONSABLE										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>PRIMER NOMBRE</th> <th>PRIMER APELLIDO</th> <th>SEGUNDO APELLIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022/11/21</td> <td>9:00</td> <td>AHAMAD</td> <td>WALI</td> <td>MUSHTAQ</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	2022/11/21	9:00	AHAMAD	WALI	MUSHTAQ
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
2022/11/21	9:00	AHAMAD	WALI	MUSHTAQ						
<p>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>1715558720</p>										
<p>Dr. A. Wali Mushtaq ONCOLOGÍA</p>										

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>REFERENCIA JUSTIFICADA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>DERIVACIÓN JUSTIFICADA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO						
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO							
<p>CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/></p>												
<p>REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/></p>												

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</th> <th>UNICÓDIGO</th> <th>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</th> <th>TIPOLOGÍA</th> <th>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (HCA)</th> <th>NÚMERO DE ARCHIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (HCA)	NÚMERO DE ARCHIVO						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (HCA)	NÚMERO DE ARCHIVO							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>INSTITUCIÓN DEL SISTEMA</th> <th>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</th> <th>DISTRITO</th> <th>FECHA (AAAA-MM-DD)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)				
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																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CD</th> <th>FE</th> <th>DE</th> <th>OP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CD	FE	DE	OP	1				2				3				4				5			
CD	FE	DE	OP																					
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>PRIMER NOMBRE</th> <th>PRIMER APELLIDO</th> <th>SEGUNDO APELLIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO					
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
<p>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</p>										
<p></p>										