

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------|------|---------------------|
| Apellido paterno | | Apellido materno | | Nombres | | Fecha de Nacimiento | | | Edad | Sexo |
| Vergara | | Remón | | RN | | 06/10/17 | | | 17 | M |
| Nacionalidad | | País | | Cédula de Ciudadanía o Pasaporte | | Lugar de residencia actual | | Dirección Domicilio | | Nº Telefónico |
| Costa Rica | | Costa Rica | | 2351557595 | | 03 03 50 | | Plan Piloto | | 6983 177 |
| Vía Institucional | | Domicilio País | | Cédula del digno | | Provincia | | Calle principal y Secundaria | | Continental/Celular |
| | | | | | | | | | | |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|---------------|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica Nº | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Área |
| MSP | | C.S. Plan Piloto | H | 23 003 |
| Refiere o Deriva a: | | | | |
| MSP | H. Dr. Gert. Dom. Lomb | Pediatría | Pediatría | 19/10/17 |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | Fecha |
| | | | | 19/10/17 |

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Limitada capacidad resolutoria | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación de capacidad instalada | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | 2 <input type="checkbox"/> | Otros (Especifique): | 5 <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | | |

3. Resumen del cuadro clínico

RN de 13 días. Con madre (+) a prueba rápida VIH días: 12/7/17
13/7/17 y 06/10/17

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Madre presenta prueba rápida VIH días: 12/7/17 // 13/7/17 // 06/10/17
y Wot. un blot (+) 21/7/17

| | | | |
|---|--------|-----|-----|
| 5. Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 Observación por sospecha de estar enfermo (VLU) | Z02.3 | | 8 |
| 2 | | | |

Nombre del profesional: Francisco Jácome Código MSP: 1717525115 Firma: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|---------------------------|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica Nº | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad del servicio |
| | | | | | |
| Contrarefiere o Referencia Inversa a: | | | | | Fecha |
| | | | | | |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Área | día | mes |
| | | | | | |

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

| | | | |
|----------------|--------|-----|-----|
| 5. Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 | | | |
| 2 | | | |

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma: