

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1301685606								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BASURTO		CEVALLOS		HECTOR		RAUL		H	02/09/1938	84	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0995570794-0963712630		SI, CAMPESINO		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutoria						
				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						X						
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA						X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
ADULTO AVANZADO CON APP HIPERTENSION ARTERIAL , ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA , FIBRILACION AURICULAR CRONICA . AL MOMENTO ACUDE POR REFERIR EN DIAS PASADOS HEMATEMESIS Y MELENAS #4, ALEGA QUE DURANTE DOS DIAS SUBSECUENTES REALIZÓ MELENAS, PACIENTE CON TRATAMEINTO DE LARGA DATA CON RIVAROXABAN, AL MOMENTO DE VALORACIÓN ASINTOMATICO, AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ULCERA DUODENAL, CRONICA O NO ESPECIFICADA, CON HEMORRAGIA Y PERFORACION			K266	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/09/26	14.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
CONTRA REFERENCIA	☐				REFERENCIA INVERSA	☐			

A. 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

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	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

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