



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	001414	Chone	CS-C	1313497396								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Macias	Pulido	Augusto	Rafael	H	14-08-1997	27	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
096-273-4460		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130350	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	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Gastroenterologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 27 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA Y DEPOSICIONES NEGRAS QUE APARECEN DE FORMA INTERMITENTE- DESDE HACE DOS SEMANAS REFIERE QUE ESTUVO CON VOMITOS CON RASTROS DE SANGRE. REFIERE QUE CIERTOS ALIMENTOS LE CAUSAN COLICOS- NAUSEAS Y DISTENSION ABDOMINAL. AL MOMENTO PACIENTE- ESTABLE- AFEBRIL- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS- RUIDOS CARDIACO RITMICOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
QUIMICA: CREATININA 0.94 MG / DL [0.6 - 1.4] COLESTEROL TOTAL * 207.00 MG / DL [0 - 200] TRIGLICERIDOS 89.00 MG / DL [0 - 150] SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: - GLOBULOS BLANCOS 9.01 X10^3 CÉLULAS / UL [3.5 - 9.5] -LINFOCITOS % 30.86 % [20 - 50] -MONOCITOS % 6.95 % [3 - 10] - NEUTRÓFILOS % 58.62 % [40 - 75] -EOSINÓFILOS % 3.17 % [0.4 - 8] -BASÓFILOS % 0.40 % [0 - 1] -LINFOCITOS # 2.78 X10^3 CÉLULAS / UL [1.1 - 3.2] - MONOCITOS # * 0.63 X10^3 CÉLULAS / UL [0.1 - 0.6] -NEUTRÓFILOS # 5.28 X10^3 CÉLULAS / UL [1.8 - 6.3] -EOSINÓFILOS # 0.29 X10^3 CÉLULAS / UL [0.02 - 0.52] -BASÓFILOS # 0.04 X10^3 CÉLULAS / UL [0 - 0.06] SERIE ROJA -RECuento DE GLOBULOS ROJOS * 5.76 X10^6 CÉLULAS / UL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA * 17.30 G / DL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO 49.30 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 85.60 FL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 30.00 PG [27 - 34] -CONCENTRACION DE HGB CORPUSCULAR MEDIA - MCHC 35.10 G / DL [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC 14.60 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS 40.30 FL [35 - 45] SERIE PLAQUETARIA -PLAQUETAS 302 X10^3 CÉLULAS / UL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 8.02 X10^3 CÉLULAS / UL [6.5 - 12]

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Ulcera Gastrica Cronica O No Especificada Con Hemorragia		K254		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-24	12:17	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314783083				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO			

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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		