



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	Eloy Alfaro	CS	1300265343									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Chinga	Loor	Manuel	Antonio	H	22-08-1944	80	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0997545503		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	1314	131457	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
USUARIO DE 80 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA ESENCIAL- TUMOR EN LA CABEZA DEL PÁNCREAS DE COMPTAMIENTO INCIERTO ENSEGUIMIENTO POR SOLCA-PORTOVIEJO (NO TRAE EXAMEN QUE CORROBORE DIAGNOSTICO) - COLELITIASIS - IAM HACEAPROXIMADAMENTE 2 AÑOS CON CATETERIS MO CARDÍACO- CON POLIFARMACIA- AL MOMENTO ACUDE ACOMPAÑADO DE S U HIJA-QUIEN REFIERE SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA EN SOLCA -PORTOVIEJO EN LA CUAL RECIBIO TRATAMIENTO PORHELICOBACTER PYLORI (ACUDE CON RECETA MEDICA OMEPRAZOL 20MG QD POR 30 DIAS/ LEVOFLOXACINA 500MG QD POR 14 DIAS /DOXICICLINA 100MG CADA 12 HORAS POR 14 DIAS/ METRONIDAZOL 500MG CADA 12 HORAS POR 14 DIAS) PACIENTE REFIERE QUELUEGO LE ENVIARON EL SIGUIENTE TRATAMIENTO (CIPRAN 500MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS / INVIGAN 500MG POR 5 DIAS /MULTIFORA ADVANCE SOBRES QD POR 15 DIAS / OMEPRAZOL 20 MG QD POR 30 DIAS) PACIENTE REFIERE QUE REALIZADEPOSICIONES DIARREICAS Y S USPENDE EL TRATAMIENTO Y ACTUALMENTE PRESENTA DEPOSICIONES DIARREICAS CADA 8 HORAS DELARGA DATA Y PACIENTE REFIERE QUE HA RECIBIDO MULTIPLES TRATAMIENTOS PARA LAS DIARREAS SIN MEJORIA ALGUNA . ADEMASREFIERE TOMAR CADA 8 HORAS CREON 25000 CAPS 300MG. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE- NO DOLOROSO ALA PALPACIÓN S UPERFICIAL NI PROFUNDA- NO VISCEROMEGALIAS. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA MEJORTRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno Funcional Intestinal No Especificado	K599		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-13	08:09	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313263269				

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

1.		CIE	PRE	DEF	4.		CIE	PRE	DEF
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		