

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                   |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICODIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                                   | 1314             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE              | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  |
| Barreto                               | Comasme          | Enck                       | Junior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | M                                | 17/04/1985        |
| No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                 | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)          |                   |
| 0939 77 4 828                         |                  | X                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | H 5 18 A                         |                   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                  | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                   |
| Manabí                                | Huanoabaco       |                            | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                                  |                   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                   |                   |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO          | ESPECIALIDAD      |
| MSP                     | Hospital Napoleón        | Gastroenterología | Gastroenterología |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 20 años de edad que refiere dolor a nivel de mesogastrio de más o menos 6 años de evolución que se agudiza hace un mes de intensidad 8/10 que persiste aún con tratamiento con gastroenterólogo particular.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Resultados de endoscopia: úlceras gástricas tipo I signos endoscópicos de reflujo no erosivo, gastritis crónica, hemorragia de fondo ulcerosa, atrófica forest III, gastritis erosiva de antro y cuerpo.

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRONÓSTICO<br>DEF. DEFINITIVO         | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|-------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Gastritis crónica, no especificada K25 |     |     | 1.  |     |     |     |
| 2.                                        |     |     | 2.  |     |     |     |
| 3.                                        |     |     | 3.  |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |           |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día)                   | HORA (mm) | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 09/12/2020                            |           | Dr. Juan Cedeño | Alfaro          |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |           |                 |                 |                  |
| 0912634516                            |           |                 |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICODIGO | 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 (año-mes-día) |
|-------------------------|--------------------------|----------|---------------------|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

## F. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRONÓSTICO<br>DEF. DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                   |     |     | 4.  |     |     |     |
|                                   |     |     | 5.  |     |     |     |
|                                   |     |     | 6.  |     |     |     |

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

## G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |           |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (año-mes-día)                   | HORA (mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |           |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |           | FIRMA         | SELLO           |                  |

