

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HAGA		B	091333410		091333410	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MUNOZ		MOREIRA		JESUS		M	15/12/1963	61	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0980683956 - 0994557562		X		X		☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	BOLIVAR	CALCETA							

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

CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADO EN ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON CUADRO CLÍNICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA, FAMILIAR REFIRIO EN CASA REALIZAR HEMATEMESIS Y MELENAS. PACIENTE AL MOMENTO CON CUADRO CLÍNICO EN IGUALES CONDICIONES, AL MOMENTO PACIENTE ALERTA ACTIVO AFEBRIL GLASGOW 15/15 YA NO REFIERE REALIZAR MELENAS O HEMATEMESIS, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS CONTROLADA CON TRATAMIENTO INSTAURADO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGLOBINA 5,5 MG/DL HEMATOCRITO 17,8 PLAQUETAS 182 GLOBULOS BLANCOS 18,82 NEUTROFILOS 65,5

E. DIAGNÓSTICO		CE	PRE	DEF
1.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	K922	X	
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/02/18	10:50	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO	
131155067			

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

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

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		CE	PRE	DEF
1.				
2.				
3.				

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
FIRMA		SELLO	