

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	1410	HBAGA	B	0915508071	0915508071		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MOLINA	MACIAS	MARIA	LEONOR	M	15/2/1972	53	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		
0985789537					MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					6. Problemas de abastecimiento.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			7. Insuficiencia de profesionales.		
MANABI	BOLIVAR	CALCETA			8. Inadecuada capacidad resolutive		
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
					X		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CON TRATAMIENTO LA CUAL ESTUVO HOSPITALIZADA POR PRESENTAR CIFRAS BAJAS DE HEMOGLOBINA Y MELENAS AL MOMENTO SE ENCUENTRA CON DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN EPIGASTRO SENSACION DE LLENURA DISTENSION ABDOMINAL MAUSEAS QUE NO AL VOMITO MANTIENE LIGERO DECAIMIENTO SE DECIDE SER VALORADA POR SU SEVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.

SIGNOS VITALES:

PA: 120/80

FC: 89 LXM

FR: 20RXM

TEMP: 36,7

SAT02: 99% AA

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA		K295		X	4.			
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA		K922			5.			
					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2027-01-06	10H00	MARCO	AZUA	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

H. 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

J. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

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

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		