

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	HBAGA		B	0924530991		0924530991							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
REYES		SABANDO		NANCY		JAQUELINE		F	26/2/1990	35	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)										REFERENCIA		DERIVACIÓN			
/0999382833										X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										MOTIVO					
PROVINCIA										1. Accesibilidad geográfica		X			
CANTÓN										2. Falta de espacio físico		X			
PARROQUIA										3. Falta de equipamiento		X			
MANABI										4. Equipos en mal estado		X			
BOLIVAR										5. Problemas de infraestructura					
CALCETA															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON APP DE GASTRITIS CRÓNICA LA CUAL LLEVA TRATAMIENTO EN SUS CRISIS AL MOMENTO MANTIENE DOLOR EN EPIGASTRIO REFLUJO GASTROESOFÁGICO DISTENSIÓN ABDOMINAL AH LLEVADO DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO SIN RESPUESTA FAVORABLE SE REALIZÓ ENDOSCOPIA LA CUAL REPORTA PANGASTROPATÍA ERITEMATOSA GASTROPATÍA HEMORRÁGICA DE FONDO Y CUERPO BULBITIS ERITEMATOSA Y DUODENITIS POR LO QUE SE SIGUIÓ VALORACIÓN POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO		DEF-PRONÓSTICO		CE	PRE	DEF													
1.	DUODENITIS			K298		X	4.												
2.							5.												
3.							6.												

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025-09-16		10H00		MARCO		AZUA		CEDEÑO	
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			

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	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-PRONÓSTICO		DEF-PRONÓSTICO		CE	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			