

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	0959478488		0959478488					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
ZAMBRANO		MENDOZA		JEAN		CARLOS		M	25/03/2000	24	H D M A X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0993034858 / 0999443957										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. Ineficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 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 24 AÑOS DE EDAD CON APP DE CONSUMO DE SUSTANCIAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN, EL CUAL ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR EMERGENCIA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENTAR VÓMITOS DE COLOR NEGRUSCO Y HECES NEGRAS (MELENAS) ACOMPAÑADO DE SINCOPE, FATIGA Y FASCIAS PALIDA. PACIENTE EL CUAL TRAE LABORATORIO LOS CUALES REPORTAN HB: 5,4 HCTO: 16,8, PACIENTE EL CUAL ES INGRESADO Y TRANSFUNDIDO 2 PAQUETES GLOBULARES. PACIENTE EL CUAL AL MOMENTO CONCIENTE ORIENTADO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. AFEBRIL. GLASGOW 15/15													
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
HB: 7,9 HCTO: 22,2 GLOBULOS ROJOS: 2,86 PLAQUETAS: 385.000 GB 9,02													
E. DIAGNÓSTICO													
PRE- PRESUNTIVO		DEF- DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							
1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA		K922				X							
2.													
3.													
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh-mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
2024-10-25		9:00		VICTOR		CEDEÑO		BRAVO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO					
1407656473				[Firma]				Victor A. Cedeno Br. MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. M.S.P. 1350-VI-FOLIO-1002 N° 30					
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	X	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- PRESUNTIVO		DEF- DEFINITIVO		CIE	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		SEGUNDO APELLIDO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO					