

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	1268	CS Agua Fria	A	1301190432	1301190482				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
Bedoño	Quereño	Jonne	Heráclides	M	17/10/78	38	H	D	M
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO			
0999307684				X	X	☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
Mamachi	Jurón	Jurón							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE / DERIVA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP	Napocon Danta Cero consult.	Extern
		ESPECIALIDAD
		Geriatría

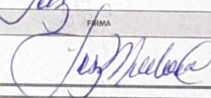
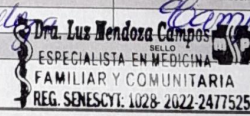
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente adulto mayor de 78 años de edad con App de Hipertensión arterial y de gastritis crónica con App de sangrados digestivos altos y bajos hace bastantes años riesgo sangrados, actualm. refiere dolor epigástrico persistente que no calma con los inhibidores de protones, también refiere gases gastrointestinales persistentes.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Peso 83.5 Latta 168.9. PA: 122/163. MC: 29.29. FC: 70. RCV: 12.

E. DIAGNÓSTICO									
1.	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				
1.									
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
06-02-26	14:00	Luz	Mendoza	Campos	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
					

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									
1.	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
		SELLO	