

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		1338	CS REBALON		A	1301438246								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ		LOOR		ANGELA		MANUELA		F	15/2/1946	79	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
984399664				1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA			7. Insuficiencia de profesionales.							
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE			8. Inadecuada capacidad resolutive							
							9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN CLINICO

FEMENINA DE 79 AÑOS DE EDAD, CON APP DE NODULOS BENIGNOS DE TIROIDES EN TRATAMIENTO CON ENDOCRINOLOGIA CON EUTIROX 50MCG, DHEA 50MG Y PREDNISONA 5MG , OSTEOPOROSIS EN TRATAMIENTO CON REUMATOLOGIA, EN TRATAMIENTO CON NEFROLOGIA POR CALCULO RENAL CON EXTRACCION QUIRURGICAMENTE DEL MISMO. AL MOMENTO PACIENTES ES TRAIIDO POR FAMILIAR POR REFERIR CUADROS GASTROINTESTINALES, PASA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO CON NAUSEAS POSTPANDREALES QUE LLEGAN AL VOMITO, REFLUJO Y DIARREAS CASI DIARIAS. REFIERE QUE NO TOLERA MEDICAMENTOS PRESENTANDO FUERTE DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS Y VOMITOS. ADEMAS REFIERE HECES NEGRUZCAS, PASTOSAS (MELENA).PACIENTE CON MULTIPLES PATOLOGIAS. SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA PARA REVISION POR ESPECIALISTA.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA		K922	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
26/8/2025		GUIDO		ROMERO		MEDRANDA	
		FIRMA		SELLO			
1315044899							

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		TIPOLOGIA	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= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	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			