

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: KSP UNICÓDIGO: H.B. S. ANDRÉS ESTABLECIMIENTO DE SALUD: TIPOLOGÍA: NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 130155836-5 NÚMERO DE ARCHIVO: 130155836-5

PRIMER APELLIDO: VERA SEGUNDO APELLIDO: CODER PRIMER NOMBRE: PABLO SEGUNDO NOMBRE: ISABEL SEXO: FÉCHA NACIMIENTO: 15/07/1980 EDAD: 35 CONDICIÓN EDAD (MARCAR):

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0995806731 / 0980963353

PROVINCIA: MANABÍ LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: CANTÓN: PARROQUIA: REFERENCIA: DERIVACIÓN: MOTIVO: 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: SERVICIO: ESPECIALIDAD: GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino 35 años, con dolor abdominal episódico con deposiciones acuosas melénicas, distensión abdominal difusa, de usage pda. Antecedentes generales: Glasgow 15/15, no presenta fiebre / espasmo

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HELENA

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRINCIPAL	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	K922			X			
2. NO ESPECÍFICA							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: (aaaa-mm-dd) NOMBRE: Dr. Diego López Burgos Médico General CI: 131024274-6 REG. SENESCYT: 1016-16-1448769

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-PRINCIPAL	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	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) NOMBRE: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO APELLIDO: