

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO									
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1301992549	1301992549									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
BERMUDEZ				ELISAMA		EGLANTINA		F	23/12/1939		85	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		x	DERIVACIÓN									
986603944				1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.									
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.								
MANABI		FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARP		4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutiva			X					
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X						

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

Paciente Sexo Femenino de 85 años de Edad. con App de gastritis crónica y dispepsia orgánica. Acude por Dolor abdominal en Epigastrio tipo cólico de moderada intensidad. Al exámen Físico presenta: cabeza normal cuello SP no adenopatías Torax Sp simétrico campos pulmonares ventilados claros ruidos cardíacos rítmicos normales abdomen depresivo no dolor ,ruidos audibles . extremidades no edemas sin edemas . signos vitales 120/70mmhg pulso 76 Sat98% resp 18 T37°C GLASGOW 15/15.

[illegible]

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
		DEF= DEFINITIVO									
1.	DISEPSIA NO ESPECIFICADA DUODENITIS CRÓNICA.		k295	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	DIRECCIÓN	SEGUNDO APELLIDO
03/07/2025	15:00	RÓMULO	MUÑOZ	MANABI	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312022369		Dr ROMULO MUÑOZ MOREIRA		Firmado electrónicamente por: ROMULO ARGENIS	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

[illegible]

[illegible]

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		DEF= DEFINITIVO							
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	