

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	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD TOSAGUA	TIPO C	1302048044	1302048044	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CEDENO	BRAVO	AURA		MARIA	M	4/7/1959	65
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
985550293				☐	☒	H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento			
MANABI	CHONE	CHONE		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. Faltas 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
		HOSPITAL GENERAL MANUEL GARCÍA CARRERA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 65 AÑOS DE EDAD CON APP DE GLAUCOMA, ALERGIA A LAS QUINOLONAS. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CA DE ESTÓMAGO. PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACOMPAÑADO DE EPIGASTRALGIA Y NAUSEAS. SIGNOS VITALES TA 125/90 FC 85 FR 20 T 36,7 C SPO2 98%

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CON NECESIDAD DE VALORACIÓN POR EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA Y ESTUDIO DE ENDOSCOPIA

E. DIAGNÓSTICO

PRE+PRESENTIVO DEF+DEFINITIVO	CE	PR	DEF	CE	PR	DEF
1. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON ESOFAGITIS	K210		X			
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (pp-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-31	16:00	MARIO	MERO	BASURTO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1314980432				
		MÉDICO		
		Reg. Senescyt 1009-2024-3011719		

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+PRESENTIVO DEF+DEFINITIVO	CE	PR	DEF	CE	PR	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 (pp-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO