

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	4443	CS ROCAFUERTE	B	1302761752								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
							H	D	M	A		
VELEZ	CEVALLOS	DEYSA	ESTRELLA	F	6/11/1955	69				X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0991727306/0968454269	MSP		☒	☐								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.			☐			6. Problemas de abastecimiento.			☐
			2. Falta de espacio físico.			☐			7. Insuficiencia de profesionales.			☐
			3. Falta de equipamiento.			☐			8. Inadecuada capacidad resolutive			☐
			4. Equipos en mal estado.			☐			9. Ausencia de la prestación en la			☒
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	5. Problemas de infraestructura.			☐			cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD CON APP DE DISCAPACIDAD VISUAL DEL 75%, HTA TRATADA CON LOSARTAN 100 MG VO QD + CLORTALIDONA 25 MG VO QD Y DM2 TRATADO CON INSULINO 30UI AM Y 20UI PM, ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, QUE NO SE IRRADIA A OTRAS ZONAS, DE TIPO COLICO Y MODERADA INTENSIDAD. AL EXAMEN FISICO RH AUMENTADOS, ABDOMEN GLOBULOSO, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REPORTE ECORAFICO ABUNDANTE PRESENCIA DE GASES Y HECES

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS GASTRITIS AGUDA	K291	X		4.			
2.	CONSTIPACION	K590		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/3/2025	14:30	SAMUEL	MIRANDA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1316178936				

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= PRESUNTIVO 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	