

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					
MSP		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA		II	1303159394			1303159394					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ORMAZA		VERA		ANGEL		EMIRO		H	10/8/1952	73	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐					
969999971										MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. ☐				
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA							☐ ☐ ☐ ☐				
MANABI	BOLIVAR		CALCETA							☐ ☐ ☐ ☐				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO PACIENTE MASCULINO ADULTO MAYOR DE 73 AÑOS DE EDAD CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL + HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL DIAGNOSTICADA HACE 5 MESES, EL CUAL ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE MODERADA INTESIDAD ACOMPAÑADO DE DEPOSICION SEMILIQUIDAS CON PRESENCIA DE SANGRE ROJO RUTILANTE DE LARGA DATA. PACIENTE EL CUAL LLEGA CONCIENTE ORIENTADO HEMODINAMAMENTE COMPENSADO. PACIENTE EL CUAL ES INGRESADO A ESTA CASA DE SALUD Y TRATADO CON MEJORIA DEL CUADRO CLINICO. AL MOMENTO PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL. PACIENTE EL CUAL INGRESA CON HB 5,8 Y QUE FUE TRANSFUNDIDO.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO 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
2026/01/30	9:30	MARCO	Dr. Marco A. Azúa Cedeño	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667 C.U. 149692	CEDEÑO
1311550667				

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)

[illegible]

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	