

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		1410	HAGA		B	1303218513		67168						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		BASURTO		JOSE		MANUEL		M	24/12/1940	84	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0993120082														
					1. Accesibilidad geográfica.									
					2. Falta de espacio físico.									
					3. Falta de equipamiento.									
					4. Equipos en mal estado.									
					5. Problemas de infraestructura.									
					6. Problemas de abastecimiento.									
					7. Insuficiencia de profesionales.									
					8. Inadecuada capacidad resolutive									
					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	

CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 84 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTACIA QUE LLEGA SE INGRESA A HOSPITALIAZAIION POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PERDIDA DE PESO MARCADA DESDE HACE 3 MESES, ODINOFAGIA AL INICIO CON ALIMENTOS SOLIDOS, QUE ACTUALEMTE SE PRESENTA CON LIQUIDOS, TOS PERSISTENTE QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO, ACOMPAÑADA DE FATIGA GENERAL MAS DEBILIDAD. AFEBRIL ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO GLASGOW 15/15

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EN TOMOGRAFIA MASA CONTIGUA AL ESOGAFO. HGB 14 G/DL HCT41: % UREA 27 MG/DL CREATINA 0,83 MG /DL

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	C159	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025-10-23	12:00	MARCOS		AZUA		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1311550667							

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES 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	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA