

FORMULARIO DE 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	HIBAGA	II	1303381733	1303381733
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
AVILA	AVILA	JUAN	JOSSE	M	16/09/1953
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD	
0995180756		X		72	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
PROVINCIA	CANTÓN	1. Accesibilidad geográfica		H	
MANABI	BOLIVAR	2. Falta de espacio físico.		D	
		3. Falta de equipamiento.		M	
		4. Equipos en mal estado.		A	
		5. Problemas de infraestructura.		X	

FORMULARIO DE DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

SUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PAZ, MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN UNA VEZ AL DÍA, HOSPITALIZADO EN ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS CARACTERIZADO POR SENSACIÓN DE FATIGA, FACIES PALIDAS, DESVANECIMIENTO, REFIERE DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MOTORA. PACIENTE ADIEMAS REALIZA DEPOSICIONES NEGRIZAS (MELENAS) POR LO CUAL SE INGRESA HOSPITALARIO. DURANTE SUS DÍAS DE INGRESO SE LE COLOCAN PAQUETES GLOBULARES POR HEMOCLOFINA DE 5 MG/DL. PACIENTE AL MOMENTO CON CUADRO CLÍNICO FAVORABLE POR LO CUAL MEDICO TRATANTE RECOMIENDA ALTA CON VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGIA POR CONSULTA EXTERNA. PACIENTE AL MOMENTO ALERTA ACTIVO AFEBRIL GLASGOW 15/15

RELACIONES RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA			K922		X			
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADA			D649		X			

FORMULARIO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/07/13	10:00	MARCO		CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

FORMULARIO 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

FORMULARIO DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

SUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

RELACIONES RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

FORMULARIO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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