

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			CENTRO DE SALUD NES MORENO		1303903171							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALVAREZ	ZAMBRANO		JORGE		AGUSTIN	M	01/07/1962	63	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
967945279				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X	
MANABI		BOLIVAR	CALCETA		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

APP: ALCOHOLIS MO CRONICO y TABAQUIS MO CRONICO ITB: 16 RIESGO MODERADO. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO PORPRESENTAR HEMATEMESIS COMO PRIMER EPISODIO DESDE HACE UN MES DE EVOLUCION EN EL CUAL SE PRESENTA POSTERIOR AREALIZAR CONS UMO DE LICOR (CURRINCHO) HASTA LA EMBRIAGUEZ, HACE QUINCE DIAS SE PRESENTA EPISODIO SIMILAR ANTESDESCRITO EN EL CUAL SE ACOMPAÑA DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO. ACTUALMENTE SE REALIZA ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADOCON SIGNOS S UJETIVOS DE HEPATOPATIA CRONICA DIFUSA. EXAMEN DE LABORATORIO : SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA .HELICOBACTER PILORY +. PLAN FAMACOLOGICO: CLARITROMICINA 500 MG CADA 12 HORAS +AMOXICILINA 1 GRAMO CADA 12HORAS + METRONIDAZOL 500 MG CADA 12 HORAS + OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORAS CUMPLIR TRATAMIENTO POR 14 DIAS.SACRALFATO 10 ML CADA 8 HORAS EN CASO DE PRESENTAR SANGRADO DIGESTIVO ALTO. PLAN DX: ENDOSCOPIA. PLANEDUCACIONAL: NO CONS UMIR LICOR, NO FUMAR, NO CONS UMO DE CAFE, NO CONS UMO DE BEBIDAS ENERGIZANTES, CON CONSUMODE ALIMENTOS CALIENTES, NO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

REQUIRIENTE DE ESTUDIO DE ENDOSCOPIA

E. DIAGNÓSTICO

PRET	PRESUNTIVO	DEF	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ULCERA GASTRICA, AGUDA CON HEMORRAGIA			K250	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03/02/2026	11:20	MARIA BELEN		MUÑOZ	VILLANUEVA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1723141550					

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

PRET	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	