

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNECÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS		II	1304472960		1304472960	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Morina		Huevos		Ana		Stegua	F	26/07/42	83
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0996001093		PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		M D N A	
Manabí		F. Alao		F. Alao				X	
				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.	
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.	
				3. Falta de equipamiento.				8. Insuficiencia de capacidad resolutiva.	
				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
				Consulta externa	gastroenterología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente adulta mayor con antecedente de hipertensión arterial, es llevada a la emergencia por deterioro, náuseas general, mareos, afásico, se realiza exámenes que reportan anemia severa, sangre oculta en heces positiva.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Sangre oculta en heces positiva, hemoglobina 7.9 g/dl.
Hematocrito 24.4

E. DIAGNÓSTICO

1.	Hemorragia gastrointestinal K972	PRE + PRESUNTIVO	DEF + DEFECTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
2.	no especificada								
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/07/26	15:00	Taynora	Irma	Fanbar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	Dra. Taynora Silva		
1312582487	<i>[Firma]</i>	MÉDICO GENERAL C.I. 1312582487 Reg. Senecyt 1009-2017-1150022		

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	UNECÓDIGO	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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE + PRESUNTIVO	DEF + DEFECTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
---------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------