

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y OCURRENCIA
 INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: HSP
 UNICÓDIGO: HBSA
 TIPOLOGÍA: 1304754524
 NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: 1304754524
 NÚMERO DE ARCHIVO: 1304754524

PRIMER APELLIDO: HURTADO
 SEGUNDO APELLIDO: DERRUCIO
 PRIMER NOMBRE: COPER
 SEGUNDO NOMBRE: YUO
 SEXO: M
 FECHA NACIMIENTO: 16/09/1954
 EDAD: 71
 CONDICIÓN EDAD (MARCAR):
 H ☐ D ☐ S ☐ A ☒

Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0989 459390
 LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: PROVINCIA: Huancabamba, CANTÓN: Telata, PARROQUIA: Telata

REFERENCIA: 1. Accesibilidad geográfica.
 2. Falta de espacio físico.
 3. Falta de equipamiento.
 4. Equipos en mal estado.
 5. Problemas de infraestructura.

DERIVACIÓN: MOTIVO:
 6. Problemas de abastecimiento.
 7. Ineficiencia de profesionales.
 8. Inadecuada capacidad resolutiva.
 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA
 INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: C. Botica
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Coshua Kallay

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
 Paciente, masculino de 71 años de edad, la cual refiere deposiciones tipo melenas, con mal olor, con unas heces de 18 días. Según refiere sin tratamiento. Afirma con antecedentes de hematuria de larga data y tratamiento con Sigaes similares.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
 Hemocrito: 4.7, Hemoglobina: 2.9, Hematocrito: 20.6, TP: 15.3, T. Cegoloxerón: 7'
 Hematofilia: 36.1, Hemoglobina: 6.5, Plaquetas: 53, TPT: 35.8
 Creatinina: 100, urea: 20, Creatinina: 0.9, Rendón: 5.9, triglicéridos: 143, TGO: 25, TGP: 21

DIAGNÓSTICO
 Hemorragia Gastrointestinal no especificada
 PRE-PRESORTO: 100, DEF-DEFINITIVO: 100, CE: 100, PRE: 100, DEF: 100

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
 FIRMA (firma del profesional): 22/07/2015 08:20:00
 NOMBRE (NOMBRE): Dr. Melchades
 PRIMER APELLIDO: Briones
 SEGUNDO APELLIDO: Castro
 NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1308265592
 SELLO: DR. MELCHADES BRIONES C. MEDICO CIRUJANO R.M. 1308265592

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN
 REFERENCIA JUSTIFICADA: SI ☐ NO ☐
 DERIVACIÓN JUSTIFICADA: SI ☐ NO ☐
 CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

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:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA
 INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: DISTRITO: FECHA (aaaa-mm-dd):

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO
 PRE-PRESORTO: DEF-DEFINITIVO: CE: PRE: DEF: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
 FIRMA (firma del profesional): NOMBRE (NOMBRE): PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: SELLO: