

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                                   |         | 1246                                                                                        | C. S TOSAGUA             |               | TIPO C    | 1304819012                       |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO                                                                            |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                                   | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| INTRIAGO                              |         | LOOR                                                                                        |                          | LECTY         |           | MARINA                           |  | F                                                                                                                                                                      | 24/01/1962       | 64   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         | TIPO DE COBERTURA                                                                           |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                                 |                  |      |                         |   |   |   |
| 0988477454-0985852953                 |         | NO                                                                                          |                          | X             |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         | 3. Faltas de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |                          |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  | PARROQUIA                                                                                   |                          |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA | TOSAGUA                                                                                     |                          |               |           |                                  |  |                                                                                                                                                                        |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                              |  |            |  |              |  |
|-------------------------|--|------------------------------|--|------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     |  | SERVICIO   |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA |  | C. EXTERNA |  | CIRUGIA      |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE RESIDENTE DE MANTA (RESIDENCIA PROVISIONAL - TOSAGUA) CORRESPONDIENTE A LA COMUNIDAD DE INFLUENCIA DE CENTRO DE SALUD. SE HACE LEVANTAMIENTO DE DATOS DE FAMILIA IDENTIFICÁNDOSE RIESGO BIOPSIOSOCIALES EN DOMICILIO. ADULTA ENCAMADA CON LIMITACIÓN FÍSICA SEVERA TRANSITORIA (EN REHABILITACIÓN) ANTE EVENTO CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO CON SECUELAS VARIAS(DISARTRIA, HEMIPLEJIA IZQUIERDA) AL MOMENTO ALIMENTÁNDOSE MEDIANTE SONDA GÁSTRICA (GASTROSTOMÍA) CON RECUPERACIÓN PAULATINA DE DEGLUCIÓN FAMILIAR MENCIONA QUE NO LOGRA DEGLUTIR ADECUADAMENTE QUE SE HACE CASI IMPOSIBLE \*\*ADULTA CONCIENTE, COLABORA CON INTERROGATORIO, SE DA CONSEJERÍA A FAMILIAR (HERMANA SOBRE CUIDADOS, MEDICINA CONTINUA, ALIMENTACIÓN Y PREVENCIÓN DE LESIONES DE DECÚBITO. SE HACE EDUCACIÓN ADICIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES VECTORIALES, SE EDUCA SOBRE AGUA SEGURA, ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE FACILITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO |                          | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|-----------------|--------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.              | ATENCIÓN DE GASTROSTOMIA |                 | Z431 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.              |                          |                 |      |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.              |                          |                 |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                                                                   |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                  |  |
| 2026/04/07                            | 16:00        | YOLANDA       |  | CEDEÑO          |  | CEDEÑO                                                            |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              |               |  | FIRMA           |  | SELLO                                                             |  |
| 1311762940                            |              |               |  |                 |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: |  |

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

|                       |  |    |    |                       |  |    |    |
|-----------------------|--|----|----|-----------------------|--|----|----|
| REFERENCIAJUSTIFICADA |  | SI | NO | DERIVACIÓNJUSTIFICADA |  | 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

| 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |