

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		1410	HBAGA		B	1304842915		1304842915	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
SOLORZANO		ZAMBRANO		JOSE		JACIENTO		H	1965/01/25
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0958871085		X		X		6. Problemas de abastecimiento.		H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutoria		X	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		9. Ausencia de la prestación en la cátedra de servicios		X	
MANABI		BOLIVAR		CALCETA				X	

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 de 60 años de edad que es ingresado por presentar un cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado por hematemesis en numero de 5, según refiere el paciente contenido de alimentencio mas sangre , paciente refiere que se acompañadas de dolor abdominal a nivel de epigastrión sin irradiación , el cual se ingreso a hospitalización para tratamiento y control del estado del paciente medico clinico solicita referencia para medico especialista en gastroenterologia	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
BIOMETRIA HEAMTICA COMPLETA 2025/03/17 HB 10.5 gd dl Hematocrito 31.64%	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA			K922		X			
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/03/17	15:00	GUSTAVO ADOLFO		MENDOZA	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					
1313907956					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN	SI	X	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.									
2.									
3.									

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	