

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1305040162				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MOREIRA	ALVAREZ	MARÍA		MARLENY	F		60	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0-96 319 5634		x							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA	CANTÓN	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABI	FLAVIO ALFARO	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			
		5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON APP DE DISPEPSIAS COLON IRRITABLE Y GASTRITIS CRÓNICA HTA DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO. ACUDE POR CUADRO DOLOROSO ABDOMINAL ACOMPAÑADO DE DISPEPSIAS DISTINCIÓN ABDOMINAL QUE NO CEDE A MEDICACION HABITUAL. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA SP CUELLO SP TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN DEPRESIVO DOLOR EN AMBOS FLANCOS A LA PALPACION RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SPA SIGNOS VITALES EN PARÁMETROS NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR GASTROENTERÓLOGO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. GASTRODUODENITIS NO ESPECIFICADA.	K29.8		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23 /2/2026	8am	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA			

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

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	