

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		1411	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1305154989							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
ZAMBRANO	SOLORZANO	EULOGIO	RENE	H	20/09/1966	58					X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
984960304													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE						X X					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

PACIENTE QUE MANIFIESTA CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO QUE CAUSAN SINTOMAS ACOMPAÑANTES COMO DISPEPSIAS, ADEMÁS DE EN OCASIONES PERIODOS DE CONSTIPACION Y EN OTROS DE DIARREAS FRECUENTES, AL EXAMEN FISICO DOLOR EN MARCO DE COLON IZQUIERDO

HEMOGLOBINA 12, PLAQUETAS 256 GLOBULOS BLANCOS 5
--

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS			K529		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/03/2025	11:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310630817				

REFERENCIA JUSTIFICADA					DERIVACIÓN JUSTIFICADA				
SI		NO			SI		NO		

11

11

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	