

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1305222216	1305222216
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
NAVARRETE	LOOR	FRANCISCO	BENITO	H	19/11/1950
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0998585175 // 0967169576 //			X	H D AS A	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	MOTIVO		
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 59 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CON TRATAMIENTO QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR UNA LESION EN REGION NASAL DE 6 MESES DE EVOLUCION LE REALIZARON EXCERESIS NO LE REALIZRON ESTUDIO PATOLOGICO SEGUN EL PACIENTE LA LESION VUELVE A CRECER EN LA ALA NASAL DERECHA LESION ULCERADA DE 1 CM DE DIAMETRO PIGMENTADA ULCERADA EN REGION PARIETAL POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMENNTTO

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO

CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	CE	PRE	DEF
D043			X

5. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-18	9H00	MARCO	ANTONIO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311550667				

6. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

7. 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

8. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

9. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

10. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

11. DIAGNOSTICO

CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

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

13. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1410	HBAGA		B	1307296465		1307296465							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMBRANO		VARGAS		MIGUEL		ISIDRO		H	.1973/07/08	52	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)										REFERENCIA	X	DERIVACIÓN			
0961744882 .0994975251										MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										1. Accesibilidad geográfica.					
PROVINCIA										2. Falta de espacio físico.					
CANTÓN										3. Falta de equipamiento.					
PARROQUIA										4. Equipos en mal estado.					
MANABI										5. Problemas de infraestructura.					
BOLIVAR										6. Problemas de abastecimiento.					
CALCETA										7. Insuficiencia de profesionales.					
										8. Inadecuada capacidad resolutoria.					
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA	

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 52 años de edad que es ingresado por presentar un cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por melena según refiere el paciente heces negruzcas acompañadas de dolor abdominal a nivel de epigastrio con irradiación ha mesogastrio, el cual se ingreso a hospitalización para tratamiento y control del estado del paciente, donde se envia laboratorio y revelo baja de hb 8.5 gr/dl , mas persiste de deposiciones negruzca de cosnsistencia liquida en numero de dos ocasiones actualmente por cual se decide transfundir 2 paquete de globuloso rojo . mas refencia para medico especilista en gastroenterologia

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

BIOMETRIA HEAMTICA COMPLETA 2025/03/17 HB 8.5 gd dl Hematocrito 24.6 %

3. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		K922		X	4.			
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA					5.			
					6.			

4. 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		FIRMA		SELLO			
1313907956							

3. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	NO	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA				
REFERENCIA INVERSA				

1. 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	

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

3. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

3. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

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

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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