

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	130524939-1		130524939-1			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
VERA		VALDEZ		MARIA		CRISTINA	F	*10/11/1954	71	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.		X	
MANABI		FLAVIO ALFARO	LOMAS DE PLACIDO	3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.		X	
				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive.		X	
				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
			CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE 71 AÑOS CON APP DE DM2 Y HTA CONTROLADOS, CURSA CUADROS RECURRENTE DE EPIGASTRALGIA TIPO PIROSIS, DISPEPSIA CON ACTUAL MELENAS INCONTABLES QUE PRODUCEN MALESTAR GENERAL FATIGA Y DESCOMPENSACIONES HEMATICAS REFLEJADAS CON ANEMIA. ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACION GLASGOW 15/15 FATIGA GENERAL, PALIDEZ GENERAL Y SENSACIONES DE MAREOS

Al momento bajo terapia propuesta 2do ciclo.

E. DIAGNÓSTICO						PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	
1.	HEMORRAGIA DIGESTIVA NO ESPECIFICA								K922		X			
2.	MELENA								K921					
3.														

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
*2026/04/08		DIEGO		LOPEZ	BURGOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310242746		<i>Dr. Diego Lopez Burgos</i> Médico General CI: 131024274-5		<i>Dr. Diego Lopez Burgos</i> Médico General CI: 131024274-6	

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.														
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	