

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1305293142	NÚMERO DE ARCHIVO 1305293142
PRIMER APELLIDO Marullo	SEGUNDO APELLIDO Marullo	PRIMER NOMBRE Trinidad	SEGUNDO NOMBRE Del Carmen	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 01/07/88
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVECCIONAL) 0989445035			REFERENCIA 8	DERIVACIÓN	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA: Morona CANTÓN: Fajardo PARROQUIA: F. Alvaro			MOTIVO 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.		

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		Consulta externa	Gastroenterología

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 68 años con antecedente de hemorragia digestiva alta, sin tratamiento por especialista, es traído por emergencia por mareos, desmayos, mal estar general, clamores repite anemia severa

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Hemoglobina 5.7, Hematocrito 16.3, Plaquetas 46, leucocitos 7.6

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	K92					
	Anemia por deficiencia de D500	D500					

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 12/03/2016	HORA (hh:mm) 13:30	PRIMER NOMBRE Taynora	PRIMER APELLIDO Silva	SEGUNDO APELLIDO Fajardo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312582487		SELO Dra. Taynora Silva MÉDICO GENERAL C.I. 1312582487 Reg. Senescy 1009-2017-1914582		

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

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

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

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--------------------	--------------	---------------	-----------------	------------------

0982857905.