

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Básico San Andrés II	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1305457671	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Vergara	SEGUNDO APELLIDO Cevallos	PRIMER NOMBRE Dolores	SEGUNDO NOMBRE Benedicto	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 27/01/1957
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0961427190		REFERENCIA V		DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (a) H D M
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Provincia: Manabí Cantón: Chone Parroquia: Convento		MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica. 2. Faltas de espacio físico. 3. Faltas 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.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta externa	ESPECIALIDAD Gastroenterología
--------------------------------	--------------------------	------------------------------	-----------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente adulto mayor de 70 años de edad que sufre con epigastralgias de moderada intensidad que se irradia a mesogastrio y hipocondrio de + 15 horas de evolución, como antecedente refiere haber tomado Diclofenaco por varios días.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE
1. Hemorragia Gastrointestinal, no			K922		✓	4.		
2. Esplenomegalia			I100		✓	5.		
3. Hipertensión arterial						6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 2025/07/11	HORA (hh:mm) 02:10:00	PRIMER NOMBRE Victor	PRIMER APELLIDO Aguiar	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308567818		Firma [Firma]		

MEDICO CIRUJANO
Reg. SENESCYT 1009-13-1216421
Reg. MSP 4408567518

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	TIPOLOGÍA	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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

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
1.						1.		
2.						5.		
3.						6.		

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firma		SELLO