



MINISTERIO  
DE SALUD PÚBLICA

# HOSPITAL BÁSICO DE PEDERNALES DR. FRANCISCO VÁSQUEZ BALDA

## 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 |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA           | 73641                     | HOSPITAL BÁSICO DE PEDERNALES DR. FRANCISCO VÁSQUEZ BALDA | HG                                                      | 1305943290                         | -----             |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                                             | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VERDUGA                               | CARRANZA                  | JOSE                                                      | BOLIVAR                                                 | M                                  | 18-11-1960        | 64   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                           | REFERENCIA                                                |                                                         | DERIVACIÓN                         |                   |      |                         |   |   |   |
| 0993220576                            |                           | X                                                         |                                                         | MOTIVO                             |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                           | 1. Accesibilidad geográfica.                              |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                           | 2. Falta de espacio físico.                               |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                | 3. Falta de equipamiento. |                                                           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                    |                   |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             | 4. Equipos en mal estado. |                                                           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1317                      | 131750                                                    | 5. Problemas de infraestructura.                        | X                                  |                   |      |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE GASTRITIS CRONICA QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DEPOSICIONES NEGRUZZCAS TIPO MELENA EN NUMERO DE DOS- COMPALADO DE MALESTAR GENERAL- DEBILIDAD Y PERDIDA DE APETITO Y PERDIDA DE PESO- REFIERE PRESENTAR CUADRO SIMILIAR POR DOS OCASIONES ANTERIORMENTE- EN LABORATORIO SE EVIDENCIA HB DE 6.8 POR LO QUE SE TRANSFUNDE UN PAQUETE GLOBULAR.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

21/11/24 HEMOGLOBINA:6.8 - HEMATOCRITO .21.2.- CORPUSCULAR MEDIO:74.4- PLAQUETAS:178 GLOBULOS BLANCOS:5.26- LINFONCITOS 20.9- BASOFILOS:1.5  
22/11/24 : HB: 8-5 - GB: 7 - N: 90  
23/11/24: HB: 7.9 - GB: 7.45 - N: 72.2  
25/11/24: HB: 8 - HTO: 25.2 GB: 4.53 N: 64.1 PLA: 203

## E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

| CIE | PRE                                         | DEF  | CIE | PRE | DEF |
|-----|---------------------------------------------|------|-----|-----|-----|
| 1.  | HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA | K922 | 4.  |     |     |
| 2.  |                                             |      | 5.  |     |     |
| 3.  |                                             |      | 6.  |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2024-11-25                            | 11:11        | SELENA        | MACIAS          | VERA             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1316294410                            |              |               |                 |                  |

## 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<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     |     | 6. |     |     |     |

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

**H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

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