

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICODIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1306121748	NÚMERO DE ARCHIVO 1306121748
PRIMER APELLIDO Cevallos	SEGUNDO APELLIDO Sobondo	PRIMER NOMBRE Hilda	SEGUNDO NOMBRE Ara	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 18/12/65
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 096 943 3213		REFERENCIA	DERIVACIÓN		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL CANTON Chone		MOTIVO			
PROVINCIA MANABI	PARROQUIA Convento	☐ 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 resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C	SERVICIO	ESPECIALIDAD Gastroenterología
-------------------------	-------------------------------	----------	-----------------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente femenino de 65 años de edad que acude a la emergencia por presentar dolor abdominal de moderada intensidad localizado en epigastrio. Se acompaña de náuseas en número de 2. Vómitos y melena en número de 3. diarrea de 24 horas de evolución, sequedad de mucosas y ingesta de adonibos tablets.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Leucocitos = 10.07	Hemates
Neutrofilos = 70.7	
Linfocitos = 25.6	
Monocitos = 3.00	

DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
Hemorragia Gastrointestinal, no especificada			K92		4.
Trastorno de la coagulación			T10		5.
Anemia por deficiencia de hierro			D59		6.

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Victor	PRIMER APELLIDO Aguayo	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308567518		FIRMA 		

Dr. Victor Aguayo Zambrano
MEDICO CIRUJANO
Reg. SENESCYT 1009-13-1216421
Reg. MSP-1308567518

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	UNICODIGO	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	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
					4.
					5.
					6.

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO