SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1306279029	005-38

APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARQUE) H D M A
Díaz		Becky	Mariana	F	14/6/1996		X

Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0939200209

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
Imbabura	Otavalo	Otavalo

REFERENCIA ☐ DERIVACIÓN ☐

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 resolutiva
9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X

DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		Consulta Externa	Gastroenterología

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente que acude a ser de Urgencias por cuadro clínico de Moleestia en los de 3, ultimos Vomito Sangramiento en los de 1, Glasgow 15/15
APP: Refiere control gastroenterologico por terapeutico crónico.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
Ulcera Gastrica Cronica o no especificada con Hemorragia			K254	X		4.			
						5.			
						6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
0907072664		Dr. Rómulo Montalvo Pulecio MEDICINA INTERNA Folio # 2-17-17587

VALUACIÓN 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

DIAGNOSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		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