

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						
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1306452051							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
VERA	ACOSTA	GLORIA	MARGARITA	F	09/09/1970	54	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO						
990384153		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.									
		2. Falta de espacio físico.									
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.							
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.							X	
		5. Problemas de infraestructura.									X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL G. DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 54 AÑOS, QUIEN ACUDE POR INSOMNIO, DISPEPSIA CON APP DE GASTRITIS CRÓNICA POR H. PYLORI TRATADA EL AÑO ANTERIOR...
AHORA SE SIENTE PREOCUPADA Y ANGUSTIADA POR QUE PUEDA TENER ALGO MALO Y POR ESTAR BAJANDO DE PESO MUCHO...

AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RScsRs/S, SIGNOS VITALES NORMALES,
SE INDICA EX. DE LAB.- TEST DE H. PYLORI, E I/C.- CON GASTROENTEROLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES NORMALES...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295	X	4			
2	DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X	X	5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/07/2025	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		