

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		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1307020089								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FALLAIN		GARCIA		CELY		EDITH	M	03-04-1974	51	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0988557763		MSP		☒		☐		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 resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA							
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MEDIO CON APP DE HTA Y DM2, EN MAL CONTROL PUES LA PACIENTE ES BAJOS RECURSOS Y CUANDO EL CENTRO DE SALUD NO LE BRINDA NO TOMA MEDICINA, PRESENTA CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL TIP ARDOR, TIPO PESANTES, EVA 8, NO IRRADIADO, ASOCIADO A NAUSEAS VOMITOS, PIROSIS, HACE 2 ANOS SE REALIZO ENDOSCOPIA EN BAHIA Y LE DIAGNOSTICARON GASTRITIS. ACTUALMENTE PRESENTA CRISIS DE DOLOR TIPO ARDOR, CON EPISODIOS DE VOMITOS DE HASTA 10 OCASIONES. ES TRATADA EN LA EMERGENCIA CON SUERO, METOCLOX. EN CASA TOMA DIGERIL Y OMEPRAZON PERO LOS SINTOMAS PERSISTEN. EL APP DE CONSTIPACION PRODUCE DOLOR CRONICO EN MARCO COLONICO DERECHO. ES TRATADO CON LACTULOSA 10 ML PRN. BAJO ESTE CONTEXTO DE CUADRO CRONICO SOLICITO REVALORACION DE PACIENTE EN EL SIGUIENTE NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

LABORATORIO 13-09-2025 HB 10.7 GR CREATININA 0.96 MG. ALBUMINA 4.15 GLUCOSA 400 MG

PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS NO ESPECIFICA	K297		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/09/2025	16:04:00	IGNACIO		MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Firmado electrónicamente por: IGNACIO XAVIER MANRIQUE AVEIGA Validar únicamente con FirmaEC		SELLO	
1308639879					

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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

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	