

A+A1:CA80. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HAGA		B	1307182103		61417	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
LUCIO		MENDOZA		BENITO		ANGEL		M	63
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
984114285 0999928905					☒	☐			
PROVINCIA					MOTIVO				
MANABI		BOLIVAR		MEMBRILLO		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.			
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA					6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD			
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA			
CUADRO CLÍNICO									
PACIENTE DE 63 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA HACE 2 AÑOS LA CUAL FUE TRATADA. PACIENTE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD HACE 3 DÍAS POR HECEs FECALs NEGRUSCAS Y CON FACIE PALIDA. EN REPORTE DE LABORATORIO HGB 6.5 MG/DL SE DECIDE INGRESO Y APLICAR MEDICAMENTO Y DOS CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS MAS MEDICAMENTOS ESPECIFICOS . ACTUALMETE PACIENTE CON MEJORIA DE SU ESTADO GENERAL. AFEBRIL SIGNO VITALES NORMALES.									

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
HGN 6.5 MG/DL POS TRANSFUSION 7.5 MG/DL	

E. DIAGNÓSTICO										
PACIENTE PRESENTA		DEFINITIVO	CE	PRE	DEF					
1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA			K922		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/05/23	10:00	VICTOR		CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELO	
1902 696473		[Firma]		Dr. Victor A. Cedeno Bravo MÉDICO CLÍNICO REG. PROF. MSP	

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		TIPOLOGÍA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN FÍSICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO										
PACIENTE PRESENTA		DEFINITIVO	CE	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		SELO	