

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			DISTRITO 13 D06		B	1307244069		1307244069						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Espinoza		Velez		Albert		Dolores		M	6/2/1969	56	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0984798667/ 0939267858				☒		☐		☒ 6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		☐		☐ 7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		☐		☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive						
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		☐		☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		☐		☒						
MANABI				5. Problemas de infraestructura.		☐								
BOJIVAR				CALCETA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL GENERAL DE CHONE		C- EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA DR. MACIAS	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Epigastralgia de moderada intensidad , frecuente , de 6 meses de evolucion , gases y flatulencias y a veces náuseas que cede momentaneamente con antiácidos , DEPOSICIONES NEGRAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO			DEF= DEFINITIVO			CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO FUNCIONAL INTESTINAL NO ESPECIFICADO					K599	X		4.					
2.	Úlcera gástrica aguda con hemorragia.					K25.0	X		5.					
3.									6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
28/01/2025	9:00	JOSE		PINOARGOTE		MENENDEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1308408135		JOSE PINOARGOTE MENENDEZ					

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

PRE= PRESUNTIVO			DEF= DEFINITIVO			CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.									4.					
2.									5.					
3.									6.					

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

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

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	