

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1307253037		1307253037			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO		ZAMBRANO		ISABEL		MARILU		F	19/04/1971	54	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
991750918						X				1. Accesibilidad geográfica	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										2. Falta de espacio físico	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA						3. Falta de equipamiento	
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO						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 servicios	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD CON APP GASTRITIS CRÓNICA + ESOFAGITIS POR REFLUJO?	
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 3 MESES CARACTERIZADO POR LLENURA, EPIGASTRALGIA	
DIFICULTAD PARA TRAGAR, IMPACTACIÓN ALIMENTARIA LA CUAL SE HA EMPEORADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS, LA CUAL NO SEDE A MEDICACIÓN CONVENCIONAL	
DEMÁS REFIERE LLENURA Y FLATULENCIA, CON CAMBIOS CONTANTE EN SU DEPOSICIONES	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
H. PYLORI (+)	

DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON ESOFAGITIS				K210	X	4.			
GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL				K293		X	5.		
						6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
8/25/2025	8:30	GEORGE		CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312195694					

EVALUACIÓN 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	

DIAGNÓSTICO		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	

Tel. 0991750918

Morelia .

Dirección Plinio Alfaro ciudadela Saubano
S - 6 . . .