

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1410

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HBAGA

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1307296465

NÚMERO DE ARCHIVO

1307296465

PRIMER APELLIDO

ZAMBRANO

SEGUNDO APELLIDO

VARGAS

PRIMER NOMBRE

MIGUEL

SEGUNDO NOMBRE

ISIDRO

SEXO

H

FECHA NACIMIENTO

1973/07/08

EDAD

52

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

x

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0961744882

0994975251

REFERENCIA

x

DERIVACIÓN

MOTIVO

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 resolutoria.

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

x

x

x

x

PROVINCIA

MANABÍ

CANTÓN

BOLIVAR

PARROQUIA

CALCETA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

ESPECIALIDAD

CONSULTA EXTERNA

GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 52 años de edad que es ingresado por presentar un cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por melena según refiere el paciente heces negruzcas acompañadas de dolor abdominal a nivel de epigastrio con irradiación a mesogastrio, el cual se ingreso a hospitalización para tratamiento y control del estado del paciente, donde se envia laboratorio y revelo baja de hb 8.5 gr/dl , mas persiste de deposiciones negruzca de consistencia liquida en numero de dos ocasiones actualmente por cual se decide transfundir 2 paquete de globuloso rojo . mas refencia para medico especialista en gastroenterologia

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

BIOMETRIA HEAMTICA COMPLETA 2025/03/17 HB 8.5 gd dl Hematocrito 24.6 %

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA

K922

x

4.

2.

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

2025/03/17

HORA (hh:mm)

15:00

PRIMER NOMBRE

GUSTAVO ADOLFO

PRIMER APELLIDO

MENDOZA

SEGUNDO APELLIDO

CEDEÑO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1313907956

FIRMA

SELLO

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA