

A+A1: CARGO. 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	1307296465	15920		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO	VARGAS	MIGUEL	ISIDRO	H	7/6/1973	51	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO	
994975251				X		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA	MOTIVO				
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD CON APP: DIABETES MELLITUS TIPO 2 + ULCERA PEPTICA, CURRSA CUADRO CLINICO DE +/- 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR HECES NEGRUSCAS (MELENAS) EN NUMERO DE 3 POR DIA SIN CAUSA APARENTE, AL MOMENTO AFEBRIL ALERTA GW: 15/15

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GR: 3,45 HGB: 10,5 HCT: 29,9 PLAQUETAS: 183,000 GB: 6,61 SEG: 72,3%

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	QIE	PRE	DEF
1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA		K922		X			
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-19	8:00	MARCOS	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			
1311550667				

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	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 (año-mes-día)

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	QIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO-A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			