

A. 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	HBAGA	B	1307586048	44475		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO	POSIGUA	RUBEN	DARIO	H	10/25/1971	53	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN		
0967106877 0959624876				X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica				6. Problemas de abastecimiento
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	2. Falta de espacio físico				7. Insuficiencia de profesionales
			3. Falta de equipamiento				8. Inadecuada capacidad resolutiva
			4. Equipos en mal estado				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
			5. Problemas de infraestructura				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 53 AÑOS QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR HECES NEGRUSCA (MELENA) EN CANTIDAD MODERADA ACOPADO DE DOLOR EN EPIGASTRIO DE INTENSIDAD MODERADA. ACTUALMENTE SU SINTOMATOLOGÍA PERSISTE SE OBSERVA FACIE PALIDA, EN BIOMETRÍA NOS LLAMA LA ATENCIÓN HGB 7.1 HCT 21.1. PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. GLASGOW 15/15. SE APLICARON 2 PAQUETES DE GLOBULOS ROJOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

POS TRANSFUSION HGB 8.7. HCT 25.0

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	K922		X			
2							
3							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-28	9:00	MARCOS	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FRMA	SELLO		
1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	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 (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-PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1							
2							
3							

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	FRMA	SELLO		