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	1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1307770840	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ANCHUNDIA	BASURTO	MARIA	ASUNCION	F	06/04/73	52				x

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
0981621237	MANABI	BOLIVAR	CALCETA

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 resolutiva [X]
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
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 52 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CRONICO DIAGNOSTICADO HACE 7 MESES TRATADO CON LOSARTAN 50 MG CD E INFECCION POR H. PYLORI HACE 6 MESES, QUE ACUDE A REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO. PACIENTE AL MOMENTO DESPIERTA, ALERTA, ORIENTADA SIN PRESENCIA DE SINTOMAS SISTEMICOS. EXAMENES REVELAN PRESENCIA DE H. PYLORI EN HECES, PACIENTE REFIERE YA TIENE 3 ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS PREVIOS SIN EXITO (1 PARTICULAR, 2 PREESCRITOS POR MSP). ESQUEMAS PREVIOS CUMPLIDOS POR MSP: 1) SUBSALICILATO DE BISMUTO 240 MG VO QID + DOXICILINA 100 MG VO BID + METRONIDAZOL 500 MG VO BID POR 7 DIAS, 2) AMOXICILINA 1 GRAMO CADA 12 HORAS + METRONIDAZOL 500 MD CADA 12 HORAS + CLARITROMICINA 500 MG CADA 12 HORAS + OMEPRAZOL 20 MG CADA 12 HORAS, TODO POR 14 DIAS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EXAMENES REVELAN PRESENCIA DE H. PYLORI EN HECES

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/09/25	12:30:00		INTRIAGO	ZAMBRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO
1310605587	Firmado electrónicamente por: STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC	

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

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