

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	
IESS		1421	HOSPITAL BASICO CHONE		I	1308376472		560624	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
OLMEDO		MEJIA		CECILIA		AREOPAGUITA	F	9/20/1959	65
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0989691189					☐	☒			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		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 VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD					
MANABI	CHONE	CHONE							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
HOSPITAL BASICO CHONE	HOSPITALIZACION	GASTROENTEROLOGIA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL MAS DIABETES MELLITUS II, DESDE HACE 11 DIAS APROXIMADAMENTE PRESENTA ICTERICIA, ACOMPAÑADA DE DOLOR ABDOMINAL, DISTENSION ABDOMINAL, ASTENIA, DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS Y MALESTAR GENERAL POR LO QUE ACUDE A HOSPITAL PARTICULAR DE DONDE ENVIAN A NUESTRA CASA DE SALUD, EN DONDE REALIZAMOS ESTUDIO ANTI HBS (POSITIVO)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECO ABDOMINAL ASCITIS MAS CIRROSIS, ANTIHBS POSITIVO (IESS), PCR TR HBV VIRAL LOOD (GENEXPERT) DETECTADO 1090 U/ML

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HEPATITIS B	B189		X			
2.	CIRROSIS HEPATICA	K746					
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/2/2025		MARIANA	FALCONES	CENTENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO		
1310431455		Dra. Mariana Falcones C. GASTROENTERÓLOGA ENDOSCOPISTA REG. SENESCYT: 1027-2023-2779866		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	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	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.							
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		FIRMA		SELO