

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	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAYA	H	1308403301	11307					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
INTRIAGO	VERGARA	ROSA	IRENE	F	4/11/1977	48	H	B	M	A
Nº. TELÉFONO (FAMILIAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO			
0999008139 / 0999971091				X			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			
RESIDENCIA	CARTEL	PARRISIA								
MANABI	MANABI	CALCETA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50MG DIA Y DIABETES MELLITUS TRATADA CON METFORMINA 500MG DIA. HOSPITALIZADA EN ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR REALIZAR MELENAS, PACIENTE REFIERE DEPOSICIONES OSCURAS EN VARIAS OCASIONES, PACIENTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN SE REALIZA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE PAQUETE DE GLOBULOS ROJOS EN NÚMERO DE 2. PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL. PACIENTE AL MOMENTO ALERTA ACTIVA AFEBRIL ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO GLASGOW 15/15

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGLOBINA 8.9 HEMATOCRITO 28.7 PLAQUETAS 207 GLOBULOS BLANCOS 12.82 LINFOCITOS DE 30% NEUTROFILOS 60%
TGO 22.32 TGP 19.27

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTADO (DEP-DEFINIDO)	CS	PRO	DEF	CS	PRO	DEF
1. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	K92Z		X			
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/27	9:00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA	SELLO	
1311550887				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	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 (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-PRESENTADO (DEP-DEFINIDO)	CS	PRO	DEF	CS	PRO	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		FECHA	SELLO	