

MSP		1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
ZAMBRANO		GUADAMUD		SANTOS		MARCIAL		M	20/07/1960	65
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
0969740987				X				H D M A X X X X		
PROVINCIA		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA		MOTIVO				
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		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.				

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 MASCULINO DE 65 AÑOS QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 6 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR VÓMITOS, 6 DIARIOS, DISFAGIA, DOLOR ABDOMINAL Y SENSACIÓN DE DISNEA, AL EXAMEN FÍSICO FACIES PÁLIDAS, DOLOR A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO, MUCOSAS SECAS. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS CRÓNICA, NO ESPECIFICADA			K295		X
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
13/10/2025	8:30	Dr Xavier	Toala
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SEGUNDO APELLIDO	
1309899001		Reyes	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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	CE	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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SEGUNDO APELLIDO	

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA