

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		5	1309522249		1309522249	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO		ZAMBRANO		MAJORIE		F	14 10 1978	46	H D M A X
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
965027375				X					
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.					
				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		CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 46 AÑOS CON APP DE ARTRSIS Y CERVICALGEAACUDE POR CEFALEA SUBITA TIPO PUNSANTE EVA 8 DE 10QUE SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS Y VOMITOS REFIERE CAIDA HASE 1 MES POR LO QUE REQUIERE DE SU VALORACION Y TRATAMIENTO

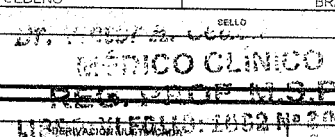
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX AREA DE DIFERENCIACION ENTRE PARENQUIMA CEREBRAL Y DURAMADRE DE APARIENCIA LIQUIDA

E. DIAGNÓSTICO

PROBLEMA	LES. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
EDEMA CEREBRAL		G936	X				
			X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14 03 2025	10:00 a. m	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1302656473				
				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

H. 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

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO

PROBLEMA	LES. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

N. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	DEPARTAMENTO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLÓGICA	NÚMERO DE INSTITUCIÓN CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	133522216	130522216
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
HAVARRETE	LOPEZ	FRANCISCO	BENITO	H	14/01/1959
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				CORRELACIÓN EDAD (AÑOS)	
CANTÓN				A	
PARROQUIA				D	
MANABÍ				M	
BOLIVAR				X	
CALCETA				X	

TELÉFONO (CELULAR O CONTINGENCIA) 0998535175 // 0967169576 //

REFERENCIA ☐ DERIVACIÓN ☒

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento	☐
2. Faltas de espacio físico	☐	7. Insuficiencia de profesionales	☐
3. Faltas 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	☐		

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 59 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CON TRATAMIENTO QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR UNA LESIÓN EN REGIÓN NASAL DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN LE REALIZARON EXCERESIS NO LE REALIZARON ESTUDIO PATOLÓGICO SEGÚN EL PACIENTE LA LESIÓN VUELVE A CRECER EN LA ALA NASAL DERECHA LESIÓN ULCERADA DE 1 CM DE DIÁMETRO PIGMENTADA ULCERADA EN REGIÓN PARIETAL POR LO QUE SE DECIDE VALORACIÓN POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

EXAMENES RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CATEGORÍA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
2025-09-18	09:00	MARCO	PRIMA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Firma				Cedeno					

1311650367

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA ASIGNADA ☐ SI ☐ NO ☐

REFERENCIA INVERSA ☐ SI ☐ NO ☐

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	DEPARTAMENTO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLÓGICA	NÚMERO DE INSTITUCIÓN CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	--------------	--------------------------	------------	-------------------------------	-------------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	DEPARTAMENTO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLÓGICA	NÚMERO DE INSTITUCIÓN CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	--------------	--------------------------	------------	-------------------------------	-------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

EXAMENES RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

EXAMENES RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CATEGORÍA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
2025-09-18	09:00	MARCO	PRIMA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Firma				Cedeno					

1311650367

1. 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		1410	HBAGA		B	1307296465		1307296465	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO		VARGAS		MIGUEL		ISIDRO		H	.1973/07/08
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0961744882		.0994975251		X				H D M A	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO			
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		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.	

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 52 años de edad que es ingresado por presentar un cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por melena según refiere el paciente heces negruzcas acompañadas de dolor abdominal a nivel de epigastrio con irradiación ha mesogastrio, el cual se ingreso a hospitalización para tratamiento y control del estado del paciente, donde se envia laboratorio y revelo baja de hb 8.5 gr/dl , mas persiste de deposiciones negruzca de coconsistencia liquida en numero de dos ocasiones actualmente por cual se decide transfundir 2 paquete de globuloso rojo . mas refencia para medico especilista en gastroenterologia

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

BIOMETRIA HEAMTICA COMPLETA 2025/03/17 HB 8.5 gd dl Hematocrito 24.6 %

5. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		K922		X	4.			
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA					5.			
					6.			

6. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
.2025/03/17	15:00	GUSTAVO ADOLFO		MENDOZA		CEDENO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1313907956							

7. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

1. 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	

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

6. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

3. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			

1. 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		1410	HBAGA		B	1307296465		1307296465						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		VARGAS		MIGUEL		ISIDRO		H	1973/07/08	52	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)										REFERENCIA		DERIVACIÓN		
0961744882 0994975251										X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										MOTIVO				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				X		6. Problemas de abastecimiento.		X		
MANABI		BOLIVAR		CALCETA						7. Insuficiencia de profesionales.		X		
										8. Inadecuada capacidad resolutoria		X		
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X		

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 52 años de edad que es ingresado por presentar un cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por melena según refiere el paciente heces negruzcas acompañadas de dolor abdominal a nivel de epigastrio con irradiación ha mesogastrio, el cual se ingreso a hospitalización para tratamiento y control del estado del paciente, donde se envia laboratorio y revelo baja de hb 8.5 gr/dl, mas persiste de deposiciones negruzca de cosnsistencia liquida en numero de dos ocasiones actualmente por cual se decide transfundir 2 paquete de globuloso rojo . mas refencia para medico especilista en gastroenterologia

0. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

BIOMETRIA HEAMTICA COMPLETA 2025/03/17 HB 8.5 gd dl Hematocrito 24.6 %

5. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA		K922		X	4.			
					5.			
					6.			

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/03/17	15:00	GUSTAVO ADOLFO		MENDOZA		CEDENO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1313907956							

3. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

1. 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

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

0. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

3. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

4. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			