

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE		B	1310020951		1310020951						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		COVEÑA		VIVIANA		BEATRIZ		F	21/04/1980	45	H	D	M	A
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0963303159 - 0939049957		NO TIENE SEGURO		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE				X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA DE CHONE		CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HEMATEMESIS HACE 4 DIAS, PRECEDIDAS DE NAUSEAS, VOMITOS, DOLOR INTENSO, ARDOR Y SENSACION DE PESADEZ EN EL EPIGASTRIO, QUE NO CEDE DEL TODO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y ANTIÁCIDOS EN GENERAL, ALIVIA UN POCO LAS NAUSEAS CON PROPULSORES GASTRICOS, TODA ESTA SINTOMATOLOGIA ES EXACERBADA POR SU DESORDEN EN LOS HORARIOS DE ALIMENTACION, TIENE ABSTENCIONES DE NO COMER NINGUN ALIMENTO, POR SU OBSESION POR REDUCIR DE PESO, FRENTE A ESTO PRESENTA CRISIS DE ANSIEDAD POR COMER LO QUE TENGA EN FRENTE. HA PRESENTADO TAMBIEN ANTECEDENTES DE MELENA QUE DURA PERIODOS CORTOS SEGUIDA DE SU REMISIÓN TEMPORAL. CON TODAS ESTA SINTOMATOLOGIA INTERMITENTE TIENE 2 AÑOS DE EVOLUCION.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HELICOBACTER PILORY POSITIVO EN HECES FECALES.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	K290	X		4.			
2.	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECIFICADAS	K295	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
20/10/2025	9:00AM	MARIO		MENDOZA		SALTOS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310140924							

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 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.					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	