

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1310068281	1310068281					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	ESPINALES	CARMEN	JULIANA	F	04/04/1983	42	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0989878706		MSP	X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.							
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	2. Falta de espacio físico.							
			3. Falta de equipamiento.							X
			4. Equipos en mal estado.							X
			5. Problemas de infraestructura.							X
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive.							
			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	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 42 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN EPIGASTRIO TIPO ARDOR QUE NO CEDE CON TRATAMIENTO CONVENCIONAL, PACIENTE REFIERE HABER REALIZADO TRATAMIENTO PARA HELICOBACTER EN REITERADAS OCASIONES POR MEDICINA GENERAL SIN OBTENER MEJORIA DEL CUADRO, POR LO QUE SE LA REFIERE A GASTRO ENTEROLOGIA PARA SU MEJOR VALORACION Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

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

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/09/2025	11:20	JOSE	DURAN	DELGADO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1309615662				

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	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. HERNIA UMBILICAL	K42			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
15/05/2025	16H00	JOSE	DURAN	DELGADO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1309615662				