

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		1411	H NATALIA HUERTA DE NIEMES		B	1310666795					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CARREÑO		CEVALLOS		GEOVANNY		FRANCISCO		H		44	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0990970753/0993825602		NINGUNA				X		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA							X
MANABI		PORTOVIEJO		PEDRO GUAL							X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	COSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ULCERA GASTRICA EN CONTROL CON OMEPRAZOL, REFIERE EXASERVACION DE CUADRO CLINICO CON EPIGASTRALGIA 9/10 DE TIPO QUEMANTE. ADEMAS REFIERE REALIZAR HECES NEGRAS EN POCA CANTIDAD. AL MOMENTO ESTABLE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ULCERA GASTRICA AGUDA NO ESPECIFICADA			K259		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
.2026-02-22	11:30	NESTOR	CRUZATTY	ALCIVAR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313282061				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION									
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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO	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	