

MSR ✓

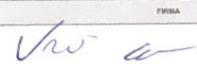
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                          |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |   |   |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |   |   |
| MSP                                                         | 01410            | HAGA                     | II             | 1377612822                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIÓN EDA (MARCAR) |   |   |
| Mendoza                                                     | Parra            | Janira                   | Dolores        | F                                | 14/11/74          | 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | H                      | D | M |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          |                |                                  |                   | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DERIVACIÓN             |   |   |
| 0169346871                                                  |                  |                          |                |                                  |                   | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          |                |                                  |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |   |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARRQUIA                 |                |                                  |                   | <input type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de espacio físico.<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura<br><input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutiva<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                        |   |   |
| Manabí                                                      | Bolívar          | Calceña                  |                |                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                   |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO          |
| MSP                                                     |                          | Medicina Interna  |
|                                                         |                          | Especialidad      |
|                                                         |                          | Gastroenterología |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Paciente femenina de 45 años, sin App es ingresada con un cuadro clínico de dolor Abdominal intenso de larga data sin embargo dolor se intensifica a nivel de hipogastrio lo que provoca dolor en hipogastrio que se irradia a la zona lumbar derecha. Por lo que se solicita valoración por Médico Gastroenterólogo |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ecografía Abdominal 11/08/25<br>presencia de estenosis hepática, hepatomegalia, litiasis bilateral |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1.             | Gastritis crónica, H. especif. <input checked="" type="checkbox"/> X |
| 2.             |                                                                      |
| 3.             |                                                                      |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |                                                                                                  |                  |
|---------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                    | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |                                                                                                  |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                            |                  |
| 1722616475                            |              |                 |                  |
|                                       |              | Dr. Victor A. Cedeno Bratti<br>MÉDICO CLÍNICO<br>REG. PROF. M.S.P.<br>IBRO: VIFOLIO: 1002 N° 308 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |                          |                          |                        |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI                       | NO                       | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |
|                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |
| CONTRAREFERENCIA                            |                          | REFERENCIA INVERSA       |                        |
| <input type="checkbox"/>                    |                          | <input type="checkbox"/> |                        |

| 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) |
|                                                                                       |                          |          |                    |

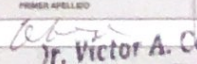
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |  |
|----------------|--|
| 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                                                                                     | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |                                                                                                   |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                             |                  |
| 13/11/2024 73                         |              |               |                  |
|                                       |              | Dr. Victor A. Cedeno Bratti<br>MÉDICO CLÍNICO<br>REG. PROF. M.S.P.<br>IBRO: VIFOLIO: 1002 N° 2084 |                  |