

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: Mpp. 1413 hosp. Andes 2 1311809719 NÚMERO DE ARCHIVO: 1311809719
PRIMER APELLIDO: Romero SEGUNDO APELLIDO: Morúa PRIMER NOMBRE: Francisco SEXO: H FECHA NACIMIENTO: 2015 27 EDAD: 27 CONDICIÓN EDADES (MARCAR): X
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0493263453 REFERENCIA: 1448 DERIVACIÓN: 1448
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: MONTE FLORIO ALBORO PROVINCIA: MONTE CAROLIN PARROQUIA: MONTE
MOTIVO: 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Insuficiencia de capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cadena de servicios X

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE / DERIVA INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: Mpp ESTABLECIMIENTO DE SALUD: hosp. Vendi Cuelles SERVICIO: consul. exten ESPECIALIDAD: Contrareferencia

4. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO Paciente 27 años masculino App H+A. muérdos tabletas. consulta por dispepsia epigastrológica, meteorismo y trastorno de la deposición (estreñimiento).

5. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS estudio ecográfico y toc abdominal se sugiere.

E. DIAGNÓSTICO		PRE-EXISTENTE	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	gastroenteritis	no	1395	X					
2.	especificado								

6. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE FECHA: 2/10/2025 HORA: 08:00 PRIMER NOMBRE: Romulo PRIMER APELLIDO: Muñoz SEGUNDO APELLIDO: Hospital Basico San Andres Dr. Romulo Muñoz Morúa Medicina General 1312022369 1312022369

7. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN REFERENCIA JUSTIFICADA: SI NO DERIVACIÓN JUSTIFICADA: SI NO CONTRAREFERENCIA REFERENCIA INVERSA

8. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: UNICÓRGO ESTABLECIMIENTO DE SALUD: TIPOLOGÍA: NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: NÚMERO DE ARCHIVO:

9. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: ESTABLECIMIENTO DE SALUD: DISTRITO: FECHA (año-mes-día):

10. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

11. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

12. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE-EXISTENTE	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.									
2.									

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

14. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE FECHA: HORA: PRIMER NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA: SELLO: