

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	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1312856287	1312856287			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
ARTEAGA	VELEZ	JORGE	LUIS	M	11/10/1994	30	H D M A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN			
997924684				X				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	MOTIVO					
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura					
				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 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 NAPOLEÓN DA SILVA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD CON APP DE DISPEPSIAS DE MESES DE EVOLUCIÓN. ACUDE POR SENSACIÓN DE LLENURA POSPRANDIAL QUE SE MANTIENE A LO LARGO DEL DÍA. PACIENTE AL MOMENTO EXAMEN FÍSICO. AFEBRIL CUELLO SIN ADENOPATÍAS NI MASAS PALPABLES TORAX SIMÉTRICO PULMONES CLAROS Y VENTILADOS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS ABDOMEN DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA. EXTREMIDADES SIN PATOLOGÍA APARENTE. SIGNOS VITALES PRESIÓN 120/80 MMHG PULSO 80X T37 SAT 98% RESP20X. EN ESPERA DE VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Leucocitos#6.38x10³
Neutrofilos%* 78.0%
Hemoglobina10.6 MG/DL
Triglicéridos120.85mg/dl

E. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. DISPEPSIA TIPO NO ESPECIFICADA		K30	X		4. DISPEPSIA TIPO NO ESPECIFICADA		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
9/1/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA		
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA			

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 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		