

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	1410	HBAGA	B	1312900630	1312900630
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
BRAVO	LOOR	MARIA	JASMINA	F	15/04/1985
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN
/0992034413				X	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	☐ 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. Inadecuación de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	☐ X ☐ X ☐ X		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA 40 AÑOS CON APP DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO A NIVEL DEL EPIGASTRIO SENSACION DE LLENURA DISTENSION ABDOMINAL ESTUVO HOSPITALIZADA EN NUESTRA UNIDAD POR PRESENTAR PANCREATITIS AGUDA SE REALIZA RESPECTIVO CONTROL DE AMILASA 101 Y LIPASA 61 U/L ADEMÁS NOS REFIERE QUE MANTIENE DE ARDOR CADA VEZ QUE INGIERE ALIMENTOS A PESAR QUE AH LLEVADO DIFERENTE TRATAMIENTO SIN RESPUESTA FAVORABLE NOS INDICA QUE AH PRESENTA EN 2 MESES PERDIDA SUBITA DE PESO ALREDEDOR DE 10 KG POR LO QUE SOLICITO ESTUDIO DE ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA VEDA Y BAJA PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNOSTICO

PRE-PRONOSTICO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1. DUODENITIS	K299		X	4.
2. ENFERMEDAD DE CROHN DEL INTESTINO DELGADO	K500	X		5.
3.				6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-17	10H00	MARCO	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE-PRONOSTICO	DEF-DEFINITIVO	CE	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		