

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1313609099	NÚMERO DE ARCHIVO 1313609099	
PRIMER APELLIDO Velez	SEGUNDO APELLIDO Farias	PRIMER NOMBRE Silina		SEGUNDO NOMBRE Kowna	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 10/01/95	EDAD 24	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0987872892		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA MANABI	CANTÓN F. A. C.	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.				
	PARROQUIA F. A. C.	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.				
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
		5. Problemas de infraestructura.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C. R.	SERVICIO Gastroenterología	ESPECIALIDAD
--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente acude a esta casa de salud por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor en hipochondrio derecho que se insinúa al región lumbar y se acompaña de vómitos #4, al momento se observa ictericia generalizada.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

T60: 106.90 Bilirrubina Total 4.85
T6P: 231.03 Bilirrubina directa 3.64
Bilirrubina indirecta 1.21

E. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
		K80	X				
		K831					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 17/05/2025	HORA (hh:mm) 8:00	PRIMER NOMBRE Rómulo	PRIMER APELLIDO Montalvo	SEGUNDO APELLIDO Pulecio
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 2-17-17587		SELO Dr. Rómulo Montalvo Pulecio MEDICINA INTERNA Folio # 2-17-17587		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	REFERENCIA INVERSA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA					

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 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

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		SELO