

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD H.B.S.R.	TIPOLOGÍA B	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1313896472	NÚMERO DE ARCHIVO 1313896472
PRIMER APELLIDO Lobato	SEGUNDO APELLIDO Burgos	PRIMER NOMBRE Michael	SEGUNDO NOMBRE Javier	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 16/06/00
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA 15	DERIVACIÓN	EDAD 25
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL CANTÓN F. Alfaro	PARRQUIA F.A./A	MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD H. Napoléon Bonaparte	SERVICIO C. Externa	ESPECIALIDAD Contraintensología
--------------------------------	---	------------------------	------------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años acude por epigastrialgia de gran intensidad, cuadro clínico de repetición y frecuencia desde hace 5 años, empeora al ingerir líquidos, leche, al alcohol.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Indicados.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Gastritis crónica, no especificada	K29.5	5	4			
2				5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 28/07/2025	HORA (hh:mm) 8:00	PRIMER NOMBRE Taynara	PRIMER APELLIDO Silva	SEGUNDO APELLIDO Fanduan
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312582487		Firma Dra. Taynara Silva		

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-PRESENTIVO	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		