

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |           |                          |                                  |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-----------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |                  | 1411      | CS ROCAFUERTE            | B                                | 1314508878                       |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |           | PRIMER NOMBRE            |                                  | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MONTES                                | HOLGUIN          |           | KATHERINE                |                                  | CAROLINA                         | F                                                       | 20/4/1993        | 32   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |           |                          | REFERENCIA                       | X                                | DERIVACIÓN                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| 986191682                             |                  |           |                          |                                  |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |           |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           |           | PARROQUIA                | 2. Falta de espacio físico.      |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | ROCAFUERTE       |           | ROCAFUERTE               | 3. Falta de equipamiento.        |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          | 4. Equipos en mal estado.        |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          | 5. Problemas de infraestructura. |                                  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          |                                  |                                  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          |                                  |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          |                                  |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          |                                  |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |           |                          |                                  |                                  | 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 GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | CONSULTA EXTERNA | GASTROENTEROLOGIA |

C. RESUMEN CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD CON APP DE MIGRAÑA MAL TRATADA Y GASTRITIS NO ESPECIFICADA. PACIENTE QUE ACUDE EL DIA DE HOY A CONSULTA POR PERSISTIR SINTOMATOLOGIA DE PIROSIS Y DISFAGIA, ACUDE CON LABORATORIOS DONDE SE EVIDENCIA SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO Y JH PYLORI NEGATIVO. PACIENTE QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON IBP MAS DE 2 MESES DE FORMA SEGUIDA Y NO VE MEJORIA, SE SOLICITA VALORACION CON GASTROENTEROLOGIA.

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                        |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO        | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | OTRAS GASTRITIS AGUDAS | K291 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              |                        |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.              |                        |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                    |              |               |  |                 |                  |
|--------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 20/10/2025         | 16:00        | BRYAN         |  | CEDENO          | QUIJIJE          |
|                    |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1316634490         |              |               |  |                 |                  |

G. EVALUACION 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 | 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 CLINICO

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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           |                  |
|                                       |              |               |  |                 |                  |