

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	1314765114	1314765114
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
CEDEÑO	VERA	MARIA	ESTEFANIA	M	16/09/1995
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN
10983040504 // 0940387694				X	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRROQUIA	☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura		
VALLE	EL GUANO	CALVITA	☐ 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 NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS AÑOS DE EDAD, CON APPACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CAUDRO CLÍNICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARATRIZADO POR DOLOR ABDOMINAL A NIVEL EPIGASTRO CON EVA DE 8/10 A PESAR DE LA MEDICACION NO HAY RESPUESTA FAVORABLE EN ESO GASTRICO MAS DISTENSION ABDOMINAL LLENURA SENSACION DE NAUSEA QUE NO LLEGA AL VOMITO SE REALIZA EN VARIAS OCASIONES HELICOPOBACTER PILORY POSITIVO A PESAR DEL TRATAMIENTO POR LO QUE DECIDO SER VALORADA POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRETENDIENDO	UNICÓDIGO	CE	PRE	DEF
1. GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECIFICADA	K295			
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-04	10:00 a.m.	MARCO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		BELL	
1311550687			

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 (dd-mm-aa)
-------------------------	--------------------------	----------	------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRETENDIENDO	UNICÓDIGO	CE	PRE	DEF
1.				
2.				
3.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		BELL	