

A+A1:CA80. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UBICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HAGA		B	1314767680			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
VELEZ		MOLINA		ADRIAN		JOSE		32	30/4/1993
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
967431249 - 0968545496				X				1. Accesibilidad geográfica 2. Faltas de espacio físico 3. Faltas de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad reactiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	BOLIVAR	CALCETA							
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD			
				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA			
C. CUADRO CLÍNICO									
PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A EMERGENCIA CON CUADRO CLÍNICO DE MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, DISURIA, NICTURIA, ACOMPAÑADO DE REFIERE PERDIDA DE PESO, AL INGRESO ALGICO CON EVA. 6/10, AL EXAMEN FÍSICO NOS LLAMA LA ATENCIÓN EN ABDOMEN MASA DE CONSISTENCIA SEMISOLIDA EN HIPOCONDRIOS Y FLANCO IZQUIERDO, AFEBRIL ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO Y QUE SI COLABORA CON EL INTERROGATORIO									
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
EN FÍSICO									
E. DIAGNÓSTICO									
PACIENTE		DEFINITIVO	CE	PRE	DEF				
1. TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCERTO O DESCONOCIDO DE ORGANOS DIGESTIVOS, SIT		D379	X		4.				
2. TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA		D696		X	6.				
3.					8.				
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
2025/11/28	9:00	MARCO		AZUA		CEDENO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
1311550667									
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		B		NO					
CONTRAREFERENCIA									
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UBICÓDIGO	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									
PACIENTE		DEFINITIVO	CE	PRE	DEF				
1.					4.				
2.					6.				
3.					8.				
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					