

**HOSPITAL BÁSICO PEDERNALES DR FRANCISCO VÁSQUEZ BALDA**

**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                                   |  | 73641            | HOSPITAL DR FRANCISCO VASQUEZ BALDA |                              |           | 1315198935                                              | 1315198935        |                  |  |                         |    |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                                     | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO              | FECHA NACIMIENTO |  | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |    |
| SANCHEZ                               |  | AVEIGA           |                                     | ERIKA                        |           | FERNANDA                                                | F                 | 2001/07/31       |  | H                       | D  |
|                                       |  |                  |                                     |                              |           |                                                         |                   |                  |  | M                       | A  |
|                                       |  |                  |                                     |                              |           |                                                         |                   |                  |  |                         | 23 |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                                     | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                                              |                   |                  |  |                         |    |
| 0961149515(1). 0959745559(2)          |  |                  |                                     | X                            |           |                                                         |                   |                  |  |                         |    |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                                     | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |                  |  |                         |    |
|                                       |  |                  |                                     | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |                  |  |                         |    |
| PROVINCIA                             |  |                  |                                     | 3. Falta de equipamiento.    |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   | X                |  |                         |    |
| CANTÓN                                |  |                  |                                     | 4. Equipos en mal estado.    |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   | X                |  |                         |    |
| MANABI                                |  |                  |                                     | PEDERNALES                   |           | PEDERNALES                                              |                   |                  |  |                         |    |

**B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA**

|                         |  |                                  |  |                  |                   |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |  | SERVICIO         | ESPECIALIDAD      |
| MSP                     |  | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA | GASTROENTEROLOGIA |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

SE TRATA DE UNA PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD HACE 3 MESES CON INGRESO EN NUESTRA AREA DE EMERGENCIA POR SANGRADO DIGESTIVO ALTO SIN COMPROMISO HEMODINAMICO EN TODO MOMENTO , SIN DECAPITAR A LIMITE SEVERO EL NIVEL DE HEMOGLOBINA POR LO QUE SE DECIDIO NO TRANSFUNDIR Y SE MANTUVO CON TRATAMIENTO ESPECIFICO , EN DISCUSION EN COLECTIVO CON SERVICIO DE CIRUGIA SE DECIDIO SU INGRESO CURSANDO 12 DIAS DE HOSPITALIZACION, A PESAR DE LA PROTECCION EN INFUSION TUVO AL 5TO DIA EVENTO DE RESANGRADO SIN MAYOR COMPLEJIDAD POR LO QUE SE DECIDE TRAMITAR LA ENDOSCOPIA REALIZANDOSE POR COMPRA DE SERVICIO DONDE SE INFORMA COMO COONCLUSION GASTRITIS ERITEMATOSA , SIN SANGRADO ACTIVO, POR LO QUE SE LE EGRESA CON TRATAMIENTO. HOY ACUDE NUEVAMENTE REFIRIENDO HECES DE COLOR OSCURO PERO SIN COMPROMISO HEMODINAMICO NI DECAPITACION DE LA HEMOGLOBINA, DENTRO DE LOS EXAMENES SE LE PIDIO ADEMÁS HELICOBACTER PILLORY EN SANGRE Y HECES FECALIS NEGATIVOS

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

BIOMETRIA HB 11,3, CONTEO BLANCOS 11,2 A PREDOMINIO DE NEUTROFILOS 85,PLAQUETAS 270, SANGRE OCULTA DE HECES FECALIS

POSITIVO . HELICOBACTER PILLORY EN SANGRE ( NEGATIVO ) HELICOBACTER PILLORY EN HECES(NEGATIVO ) TIEMPOS DE SANGRADO DENTRO DE LO NORMAL

**E. DIAGNÓSTICO**

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                   | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------|-------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.                                 | GASTRITIS EROSIVA | K29  | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                 | MELENA            | K921 |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                   |      |     |     | 6. |     |     |     |

**F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

|                                       |                 |               |  |                                                  |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|--------------------------------------------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO                                  | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-11-18                            | 11:00:00        | ENDIS         |  | SANTANA                                          | BERGOLLA         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO                                            |                  |
| 1761372091                            |                 |               |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA Y EMERGENCIAS |                  |

**G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN**

|                        |    |  |  |                        |    |  |    |  |
|------------------------|----|--|--|------------------------|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI |  |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |
|------------------------|----|--|--|------------------------|----|--|----|--|

CONTRAREFERENCIA ☐

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 CLÍNICO**

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

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

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

**E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

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

**F. DIAGNÓSTICO**

| PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |  |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |  |                 |                  |