

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1315419596	NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO Alcarriz		SEGUNDO APELLIDO Lopez		PRIMER NOMBRE Hector	SEGUNDO NOMBRE Fereser	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 17/05/1988	EDAD 28	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0981784744					REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐			
PROVINCIA Morona	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Morona		CANTÓN Morona	PARROQUIA Morona	MOTIVO ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C. Externa	SERVICIO Castro	ESPECIALIDAD Neurología
-------------------------	--	--------------------	----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Trasferido de urgencia de 17 años de edad, la cual con antecedentes de, Cas, fiebre, Male y otros, según el padre de familia, Capacitado por Andar, poder, Reflejo + Balance por flexión de codo, Al minuto con administración de Medicación, no se vea Cas, pero sin de tener el peso de 17 años.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Helicobacter Pylori on Hees 0.11

E. DIAGNÓSTICO

1.	PRE* PRESUNTIVO DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	4.	CIE	PRE	DEF
1. Gastritis Crónica		K295		X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 14/01/2016	HORA (hh:mm) 08:00	PRIMER NOMBRE Dr. Melciades	PRIMER APELLIDO Briones	SEGUNDO APELLIDO Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308265592		FIRMA 		
Dr. MELCIADES BRIONES C MEDICO CIRUJANO Reg. Senescyt: 1009-13-1216657				

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	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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.	PRE* PRESUNTIVO DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	4.	CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

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		