

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1316198553		1316198553	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CORNEJO		ZAMBRANO		ASHLY		ANAHI	F	16/03/2010	14
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
997924684					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO			☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DA SILVA GONZÁLEZ	CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: DE DISPEPSIAS Y GASTRITIS. ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL Y DISTENSIÓN POS COMIDAS. DISPEPSIAS Y LLENURA GÁSTRICAS. AL MOMENTO EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMAL MUCOSAS HIDRATADAS ADMIGDALAS NO HIPEREMICAS. TEMPERATURA BUCAL 37. TEMPERATURA AFEBRIL. CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO. CSPTS CLAROS VENTILADOS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMALES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO: PRESIÓN ARTERIAL 118/60 PULSO CARDÍACO 100 x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 21 x' SATURACIÓN 98% AL AMBIENTE. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Leucocitos#6.38
Neutrofilos%* 78.0
Hemoglobina12.6
Triglicéridos64.85

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. GASTRITIS TIPO NO ESPECIFICADA			K297	X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/1/2025	12:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1312022369		RÓMULO ARGENTIS MUÑOZ MOREIRA		
		SELLO  ROMULO ARGENTIS MUÑOZ MOREIRA		

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 (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	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	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		
		SELLO		