

A.DATOSDELESTABLECIMIENTODEORIGENYUSUARIO/PACIENTE													
INSTITUCIÓNDELSISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTODESALUD		TIPOLOGIA	NÚMERODEHISTORIACLÍNICA ÚNICA			NÚMERODEARCHIVO				
MSP		1411	HOSPITALBASICONATALIA HUERTADE NIEMES		B	1316359619							
PRIMERAPELLIDO	SEGUNDOAPELLIDO	PRIMERNOMBRE	SEGUNDONOMBRE	SEXO	FECHANACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD(MARCAR)						
							H	D	M	A			
IBARRA	PALMA	JOSELYN	BETZABETH	M	30/04/1995	29					X		
No.TELEFONO(CELULARO CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☐	DERIVACIÓN	☒						
939914728								MOTIVO					
LUGAR DERESIDENCIAACTUAL				1.Accesibilidadgeográfica. 2.Faltadeespacio físico. 3.Faltadeequipamiento. 4.Equiposenmaestado. 5.PROBLEMASDEINTEGRACIÓNCULTURAL.				6.Problemasdeabastecimiento. 7.Insuficienciade profesionales. 8.Inadecuadacapacidadresolutiva 9.Ausenciadeprestacioneniacarteradeoservicios					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	ROCAFUERTE	SOSOTE											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL D. NAPOLEÓN D. VILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

PACIENTE DE 29 AÑOS QUE MENCIONA CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL A PREDOMINIO DE HEMIABDOMEN IZQUIERDO, QUE SE ACOMPAÑA EN OCASIONES DE PERIODOS DE ESTREÑIMIENTO Y OTROS DE DIARREAS, PACIENTE QUE AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA MUCHO DOLOR A PALPACIÓN PROFUNDA EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO
--

HGB:12,3HTC:38,1PLAQUETAS:202WBC:8,53

E.DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	COLITISYGASTROENTERITISALERGICASYDIETETICAS		K522			X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMERNOMBRE	PRIMERAPELLIDO	SEGUNDOAPELLIDO
07/11/2024	11:00	ELEANA	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERODEDOCUMENTODEIDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310630817				

REFERENCIAJUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓINJUSTIFICADA				SI	NO				
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIAINVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓNDEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTODESALUD	DISTRITO	FECHA(aaaa-mm-dd)

F.DIAGNOSTICO		PRE-PRESINTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMERNOMBRE	PRIMERAPELLIDO	SEGUNDOAPELLIDO
NÚMEROEDOCUMENTODEIDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	