

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1316460516								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		RIVAS		ELVIS		ANDRES		M	30/11/1995	29	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0980622586		IESS	TOSAGUA- EL RECREO											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.														
6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE PRESENTA DOLOR EN EL ABDOMEN A NIVEL DE EPIGASTRIO, CON DISPEPSIAS, FLATULENCIAS E INTOLERANCIAS A ALGUNOS ALIMENTOS, HA LLEVADO TRATAMIENTO PARA GASTRITIS CON MEJORIA MIENTRAS DURA EL TRATAMIENTO Y POSTERIOR A ELLO VUELVEN LOS SINTOMAS, ACTUALMENTE HAY DOLOR CON EVA 7/10 AL INGERIR ALIMENTOS, AGUA. POR LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO Y LA POCA MEJORIA CLINICA SE DECIDE REFERIR PARA VALORACION ESPECIALIZADA Y DE SER EL CASO CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO MEDICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA		K295		X	4.			
2.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/10/21	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1309015111						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIÓN DELA 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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			

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	