

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		1245	CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES		C	1351350242			1351350242					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CRUZ		MENDOZA		JESUS		ERNESTO		M	24/8/2009	16	H	D	M	
													A	
													X	
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA				DERIVACIÓN						
0989512852 / 0963318517				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
MANABI		JUNIN		JUNIN		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
						3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria				
						4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
						5. Problemas de infraestructura.								
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
ADOLESCENTE ACUDE A VALORACION REFIRIENDO HEMATOQUECIA EN 5 EPISODIOS EN LOS ULTIMOS 7 MESES. MENCIONA PRESENTAR DISPEPSIA METEORISMO MAS EPIGASTRALGIA EN EL ULTIMO AÑO DE EVOLUCION. APF PADRE FALLECIDO POR CA ESOFAGICO, ABUELA MATERNA ULCERA DUODENAL. SE SOLICITA VALORACION DE ESPECIALIDAD														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
SANGRE OCULTA POSITIVA. NO PARASITOSIS. EMO SIN INFECCION. NO SE DISPONE DE OTROS REACTIVOS														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	K922		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
26/12/2025		12:10		MARGARITA SALOME		QUIROZ		GILER						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						
1309650404														
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 CLINICO														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO 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 (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						