

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1351911373								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DELGADO		BRAVO		JAVIER		ANTONIO		H	15/10/2010	15	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0994896368		SI, CAMPESINO		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE 15 AÑOS DE EDAD, MASCULINO, APQ: AMIGDALECTOMIA APF: NO REFIERE. ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE POR REQUERIR REFERENCIA POR CUADRO CLÍNICO DE APORX 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS IRRITATIVA QUE LLEGA AL VOMITO, SE REALIZA DE FORMA PARTICULAR RX DE TÓRAX EN DONDE NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, PACIENTE HA RECIBIDO ANTIBIOTICOTERAPIA TRIFAMOX IBL DOU, MAS SALBUTAMOL INHALATORIO, BROXOLAM COMPUESTO, BETA DUO AMPOLLA DOSIS UNICA. ACTIVO, ELECTIVO REACTIVO, EMUNTORIOS CONSERVADOS, SE REALIZA TEST DE VIOLENCIA CON RESULTADOS NEGATIVOS AL MOMENTO.PACIENTE BAJO CONTROL GASTROENTEROLOGICO, MADRE TRAE CONSIGO FOTOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON INFORME EL CUAL SE REPORTA EN CASILLA CORRESPONDIENTE.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA DIAFRAGMATICA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA		K449		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/04/08	16:00	YOLANDA		CEDEÑO		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1311762940						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA		SI		NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA		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.				
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	