

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1114

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1352337388

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

ZAMBRANO

SEGUNDO APELLIDO

CEDEÑO

PRIMER NOMBRE

JIPSON

EMILIANO

SEX O

H

FECHA NACIMIENTO

19/01/2016

EDAD

10

CONDICIÓN EDAD (MARCAP)

H

D

M

A

x

0969412029

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

ROCAFUERTE

PARROQUIA

ROCAFUERTE

REFERENCIA

DERIVACIÓN

X

MOTIVO

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 resolutoria.

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

X

X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE MADRE REFIERE CUADRO CLINICO DE 22 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SANGRADO RECTAL, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SANGRE OCULTA EN HECES

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA

K929

X

4.

2.

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

2026/03/27

HORA

8:15

PRIMER NOMBRE

ELEANA

PRIMER APELLIDO

VASQUEZ

SEGUNDO APELLIDO

SOLORZANO

CEDULA

1310630817

FIRMA

SELLO

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

X

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1411

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES

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 (Escriba fecha del)	HORA (Escriba hora del)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	