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	1411	CS ROCAFUERTE	B	1354162263	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
AGUILAR	MARTINEZ	MINORKA	KARLIANNY	F	27/8/1994	31				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)
0991748148 - 0960819924

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE

REFERENCIA X DERIVACIÓN

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 resolutiva
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	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS CON APP DE HIPERTIROIDISMO QUE FUE OPERADA POR BOCIO Y AHORA QUEDO CON HIPOTIROIDISMO CLINICO PARA LO QUE TOMA LEVOTIROXINA 100MG BID, ADEMAS TOMA ECALFORTE 450MG TOMA 3 GRAMOS AL DIA, HIERRO + ACIDO FOLICO QD, VITAMINA E QD. ALERGIAS NO REFIERE. AQX TIROIDECTOMIA TOTAL HACE 5 AÑOS, QUISTE MAMARIO HACE 15 AÑOS, CESAREA EN DOS OCASIONES LA ULTIMA HACE 5 AÑOS. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MAREOS CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO QUE HA TENIDO QUE RECURRIR AL HOSPITAL EN ESTADO DE INCONSCIENCIA, ADEMAS DE PRESENTAR CEFALEA CADA 2 DIAS EN REGION OCCIPITAL CON FOTOFOBIA EN EL MOMENTO (NO TIENE APF DE MIGRAÑAS) REFIERE NO CALMAR CON PARACETAMOL POR LO QUE ACTUALMENTE TOMA METAGESIC (PARACETAMOL + TRAMADOL) QUE AYUDA PERO NO TOTALMENTE. ADEMAS REFIERE CUADRO DE HEMATEMESIS EN 3 OCASIONES DURANTE ESTE ULTIMO MES, PACIENTE REFIERE EN VARIAS OCASIONES TENERSE QUE COLOCAR HIERRO INTRAVENOSO PORQUE LE HAN INDICADO MEDICOS ANTERIORMENTE. REFIERE AMENORREA DE 1 MES DE EVOLUCION, YA CUENTA CON LIGADURA TUBARICA. SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA Y NEUROLOGIA PARA POSTERIOR ESTUDIO, ADEMAS DE SOLICITAR EXAMENES DE LABORATORIO. BIOMETRIA HEMÁTICA (28/10): HB 12.4 HTO 38% PLAQUETAS 221 LEUCOS 6100 GLUCOSA 84.3

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HEMATEMESIS	K920	X		4.				
2.	ULCERA PEPTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO CON HEMORRAGIA	K270	X		5.				
3.	MIGRAÑA NO ESPECIFICADA	G439	X		6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/10/2025	14:00	BRYAN	CEDEÑO	QUIJIJE

	FIRMA	SELLO
1316634490	Firmado electrónicamente por: BRYAN JOSELO CEDENO QUIJIJE Validar únicamente con FirmaEC	

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	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