

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		1410	HILAGA		U	1706621701		1706621701							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GÉITO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ROMERO		VERA		AMARILY		ELIZABETH		M	17/03/1957	67	N	O	M	A	
														X	
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		☒		DERIVACIÓN		☐			
098415606 / 0929400420															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL															
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MOQUEGUA		SULAZAY		COLONETA											
						1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipo en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		☐ ☒		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Inadecuación 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			
INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR EN VARIAS OCASIONES DOLOR A NIVE DEL HIPOGASTRIO DISTENSION ABDOMINAL SENSACION DE LLENURA LIGERA DE PERDIDA DE PESO LA CUAL SE LE INDICO UNA ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA LA CUAL PRESENTA UNA POLIPO HIPERPLASICO CON INFLACACION CRONICA ACTIVA MAS GASTRITIS CRONICA ACTIVA CON HIPERPLASIA NODULAR POR LO QUE DECIDO VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR TRATAMEINTO

[illegible]

E. DIAGNÓSTICO		FHC-TYES-7700 COTINOVAS	CE	PRG	DEF		CE	PFG	DEF
1.	GASTRITIS CRONICA		K280		X	1.			
2.	POLIPO RECTAL		K621	X		2.			
3.						3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (DD-M-AAAA)	HORA (P.M./A.M.)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2024-11-11	11:00	MARCO	CEDENO
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		SOLLO	
1311550667		Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL 1311550667	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			
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)

[illegible][illegible][illegible]

F. DIAGNOSTICO		PROBACIONES	CON- CERNIDO	CR	PR	DEF		CR	PR	DEF
1.							1.			
2.							2.			
3.							3.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (año-mes-día)	HORA (hr-min)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		Firma		Sello