

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		1246	CS TOSAGUA		C	1722030622		1722030622						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERA		INTRIAGO		JORGE		EDUARDO		M	18/02/1985	40	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0991543802 - 0959969717		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva						
				4. Equipos en mal estado.		X		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABÍ	TOSAGUA		TOSAGUA											

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

USUARIO CON APP DE ALERGIA AL CAMARÓN, HACE +/- MES Y MEDIO, EL CUAL EMPEZO A AUTOMEDICARSE CON ANTIALERGICOS, ANALGESICOS Y SAL INGLESA CON LIMON, LO QUE PROVOCO SANGRAMIENTO RECTALES ROJO RUTILANTE EN NUMERO DE 10-12 VECES, FUE VALORADO POR EMERGENCIA EN H.E.P, DONDE ESTUVO INGRESADO POR +/- 48 HORAS, DONDE SOLICITA CONTRAREFERENCIA PARA VALORACIÓN POR LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA.
--

F. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΝ

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	OE	PRE	DEF		OE	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
31/12/2025	11.45 am	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCA Y
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		 FIRMA Empleado electrónicamente por: JUAN JOSE ZAMBRANO PINCA Y Validar Únicamente con FirmaEC		SELLO
1310509771				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

[illegible]

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

Ε ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΝ

E DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	OE	PRE	DEF		OE	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	