

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 2300104516	NÚMERO DE ARCHIVO 2300104516
PRIMER APELLIDO Zambrano	SEGUNDO APELLIDO Arzu	PRIMER NOMBRE Wilther	SEGUNDO NOMBRE Dafael	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 14/01/1970
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 096 008 7892		REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD H D M A 38 7 2	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL MANABI		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
CANTÓN Flavio Alfaro		☐ 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	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD Gastroenterología
-------------------------	--------------------------	----------	-----------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente masculino 38 años de edad acude por emagrecimiento el 20/12/2017 por presentar deterioro general, anorexia total, hipersudoración nocturna, no días de descanso, mas cometas observadas, al momento de la atención febril 38.7°C

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

20/12/2017 Glucosa 147 mg/dl postprandial, Bilirobumina total 10.59 mg/dl, Bilirobumina directa 7.20 mg/dl, Bilirobumina indirecta 3.39 mg/dl

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Culpa de la varicela con colic			K800			4.			
2. Distinga						5.			
3. Culpa del conducto biliar			K803			6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Rómulo	PRIMER APELLIDO Montalvo	SEGUNDO APELLIDO Pulecio
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 0903022664	FIRMA	Dr. Rómulo Montalvo Pulecio MEDICINA INTERNA Folio # 2-17-17587		

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.			

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

. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		