

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
EREDIA	CORONEL	MAYTEE CAROLINA	12	08	2006	18 años, 4 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0707300232	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-594-9617 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0707300232	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	01	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE DISPEPSIA Y HEMATEMESIS

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AQX: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. FUM: 31/12/2024. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO QUE SE ACOMPAÑA DE HEMATEMESIS QUE APARECE HACE 1 MES DE MANERA ESPORÁDICA EN POCA CANTIDAD, REFIERE 3 VÓMITOS A LA SEMANA, A SU VEZ REFIERE PLENITUD PRECOZ, FLATULENCIAS. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMATEMESIS	K920	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	10:13	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	10:13	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	