

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AGUIAR	LUCIO	JORGE ALEJANDRO MAGNO	09	07	1958	67 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0906850748	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA ORQUIDIA y	096-958-6619 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0906850748	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	01	23
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PRESENTA DISPEPSIA Y METEORISMO -DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS - ACOMPAÑADO DE ICTERICIA LEVE - INTOLERANCIA A ALGUNOS ALIMENTOS - ESTA EN TRATAMIENTO EN ESA UNIDAD HOSPITALARIA Y CONTROLANDOSE AHI- HA TENIDO EPISODIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA DISPEPSIA Y METEORISMO -DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS - ACOMPAÑADO DE ICTERICIA LEVE - INTOLERANCIA A ALGUNOS ALIMENTOS - ESTA EN TRATAMIENTO EN ESA UNIDAD HOSPITALARIA Y CONTROLANDOSE AHI- HA TENIDO EPISODIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	K746		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-23	13:59	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2026-01-23	13:59	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	