

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CEDENO           | VERA             | DOMINGO MARCIAL | 28                  | 11  | 1963 | 61 años, 11 meses, 20 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0910096627        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | STA FE 2000 y                | 098-020-5946 /       |
| 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                 | 0910096627      | 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 | 2025  | 11  | 17  |
| 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 que se intoxicó por fumigación, llegó a su casa y vomitó, no diarrea, ahora siente dolor de las articulaciones más precordialgia. no es diabético, no es hta... familiar del paciente refiere que al final vomitó una sustancia de color negro compatible con sangre... paciente tiene problema gástrico y por tal se envía a especialista para endoscopia...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

para su estudio...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| HEMATEMESIS | K920   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-11-17 | 11:11 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b><br>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 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-11-17 | 11:11 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

