

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FERRIN	ZAMBRANO	MAURO EFREN	21	04	1953	71 años, 7 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300928775	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA INDUSTRIA y LA INDUSTRIA	/
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	1300928775	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	12	12
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD, APP HTA, DM II, GASTRITIS CRONICA, CONSTIPACION CRONICA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, AFEBRIL, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE GASTRITIS CRONICA MAS CONSTIPACION, CON SEGUIMIENTO POR HOSPITAL GENERAL CHONE, REFIERE PERDIDA DE CONTINUIDAD, AL MOMENTO CUADRO SE AGUDIZA NUEVAMENTE CON DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA QUE POSTERIOR SE GENERALIZA, MAS PIROSIS Y METEORISMO. TLF: 0989254630// 0991283351

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-12	11:31	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	

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
2024-12-12	11:31	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	