

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	JOSE TACITO	07	11	1955	69 años, 10 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302096159	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE AGUSTIN GILER y FRANCISCO BRAVO	098-684-8825 /
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	1302096159	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	10	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR MALESTAR GENERAL, TOS, ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA DE 2 DIAS DE EVOLUCION. ADEMAS VIENE POR RETIRO DE SU MEDICACION HABITUAL . LOSARTAN 50 MG+INSULINA NPH (14 UI MAÑANA-6 UI TARDE)+ATORVASTATINA 40 MG QD. Y TAMBIEN SOLICITA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO SUBSECUENTE DE ENDOSCOPIA POR HGND. APP: HTA+DM TIPO 1+ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE HOSPITALIZACION: SI. AL MOMENTO COLABORADOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO SUBSECUENTE PARA REVISION DE ENDOSCOPIA CON GASTROENTEROLOGA DRA. MARIA INES ZAMBRANO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA		K922		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-06	10:01	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-10-06	10:01	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	