

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | CECILIA TERESA | 24                  | 11  | 1959 | 65 años, 3 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303193260        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA MONICA ALEXANDRA y      | 097-957-0534 /       |
| 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                 | 1303193260      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |                  | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|------------------|-------|-----|-----|
| Red Complementaria  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | Consulta externa | Medicina Interna | 2025  | 02  | 25  |
| 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

familiar del paciente acude con tomografia en donde se constata los nombrs y se evidencia atelectasia de pulmon izquierdo mas mas en region del flanco izquierdo mas sintomas de disnea y perdida de peso. paciente con alto riesgo y posibilidad de ca de colon con metastasis... paciente se envia referencia de urgencia... ademas se suma el acumulo de liquido ascitico.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente ameriza esta referencia para control...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR MALIGNO DEL COLON ASCENDENTE | C182   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO       | FIRMA                                                                                                                                              |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-02-25 | 09:05 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |  Firmado electrónicamente por:<br>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| 2025-02-25 | 09:05 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40 N119 |       |

