

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CEVALLOS         | ZAMBRANO         | JORGE MARCONI | 04                  | 07  | 1959 | 66 años, 10 meses, 15 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303795643        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS JASMINES y               | 098-637-9685 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1303795643      | 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  | 05  | 19  |
| 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

ADULTO MAYOR ACUDE A CONSULTA MEDICA INDICANDO APP DE DIABETES TIPO II, HTA, COLITIS, INDICA QUE VIENE PRESENTANDO EPIGASTRALGIA QUE SE VIENE INTENSIFICANDO ANTES Y DESPUES DE COMER.LO QUE OCASIONA SENSACION DE REFLUJO, Y ULTIMAMENTE HA OBSERVADO LA PRESENCIA DE SANGRE EN HECES FECALES.- SE RECOMIENDA ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HEMORROIDES INTERNAS CON OTRAS COMPLICACIONES | I841   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-19 | 13:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |  |

Validar únicamente en FirmaBC.  
Firmado electrónicamente por:  
**MARIA GORETTI  
MOREIRA SANCHEZ**

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-19 | 13:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |