

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | ELBER EDGAR RAMON | 01                  | 11  | 1960 | 65 años, 4 meses, 24 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304358573        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ROCCAFUERTE y JUAN MONTALVO  | 093-965-5586 /      |
| 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                 | 1304358573      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Gastroenterología | 2026  | 03  | 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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (TÍA MATERNA), REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES FUE INGRESADO A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR APARENTE CUADRO CLÍNICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA?? REFIERE QUE POSTERIOR AL ALTA HOSPITALARIA PERSISTE EPIGASTRALGIA DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD QUE MEJORA CON LA INGESTA DE ANTIACIDO, REFIERE ADEMÁS PERDIDA DE PESO (5 KG EN UN MES??) , DURANTE SU ESTADIA EN HOSPITAL REFIERE QUE LE TRANSFUNDEN DERIBADOS SANGUINEOS ,REFIERE FAMILIAR QUE EL USUARIO BEBE MUCHO ALCOHOL RAZÓN POR LA CUAL EN OCACIONES SE "PIERDE" DEL HOGAR. SE REALIZARA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------|--------|-----|-----|
| GASTRITIS, NO ESPECIFICADA | K297   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO   | FIRMA                                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-25 | 08:22 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 | <div><div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>EDGAR RENATO LEONES GOMEZ</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div></div> |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2026-03-25 | 08:22 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |