

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ZAMORA	JOSELO DEL JESUS	27	10	1962	63 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	1304536012	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	095-928-0622 / (00)-000-0000
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	1304536012	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	03	23
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 63 AÑOS DE EDAD CON APP: DE GASTRITIS CRÓNICA, ANTECEDENTE DE HEMORROIDES DE 4 GRADO, APQ: NO REFIERE, APF: PAPÁ DIABÉTICO, MAMÁ HIPERTENSA, ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE POR REFERIR DOLOR ABDOMINAL, DIARREAS POSTERIOR A LA INGESTA DE COMIDA GRASOSA, REFIERE ADEMÁS SANGRADO POSTERIOR A DEPOSICIONES DE COLOR NEGRUZCA SIN MAL OLOR, PÉRDIDA DE PESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLOBULOS BLANCOS: 7.64, NEUTROFILOS: 62.8, LINFOCITOS: 28.7, HB: 13.1, HTCO: 37.5, PLT: 291

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA GASTRICA	K25	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	09:22	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-03-23	09:22	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	