

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARIN	LOOR	HOLAYA DE LA URDE	28	05	1968	56 años, 3 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304862319	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO MONO y SITIO MONO	098-681-9712 /
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	1304862319	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	09	16
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 ACIUDE A SU CONTROL DE MORBILIDAD LUEGO DE HABER ESTADO INGRESADA EN ESTA CASA DE SALUD CON DX DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO, AL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN YA NO HA PRESENTADO MELENA, AUNQUE PERSISTE LIGERA EPIGAS TRALGIA, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, POR LO QUE SE REFIERE CON LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA PARA SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-16	08:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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
2024-09-16	08:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	