

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VERA             | VALDEZ           | MARIA CRISTINA | 10                  | 11  | 1954 | 70 años, 9 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

  

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                      | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|--------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305249391        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO PAYONES y SITIO PLAYONES | 099-309-9077 /       |
| 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/Área  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------------------------|--|-----------------|----------------|--|--|
| MSP                 | 1305249391      | 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 | 2025  | 09  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      | día   | mes | año |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

### 3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE CON APPDE GASTRITIS, REFIERE QUE EN HA PRESENTADO HECES OSCURA EN DOS OCASIONES , HACE 24 HORAS COMENZO CON DEPOSICIONES OSCURAS Y DOLOR EN EPIGASTRIOS POR LO QUE SE REFIERE A GASTROENTEROLOGIA

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADO

### 5. Diagnóstico

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

  

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-09-09 | 09:37 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |  |

### III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

#### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His. Clínica 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-09-09 | 09:37 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |