

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	GILER	TAIRON RIOBERTY	04	03	1967	59 años, 0 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305401620	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	CRUCITA y	098-982-1118 /
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	1305401620	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	03	17
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

PCT DE 59 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE INGRESO HOSPILARIO EN DICIEMBRE 2025, POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, EN ESPERA DE VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA, NO ALERGIAS CONOCIDAS, NO ALCOHOL, NO CIGARRILLO, COMERCIANTE, NO ASEGURADO, AL MOMENTO INGRESA POR CONTROL Y REVISION DE EXAMENES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLUCOSA 100, UREA 34, CREATININA 1.2, TFG 66, OTROS ANALISIS: HB 14.13, HCT 44, VCM 77.5, HCM 28.63, PLT 213.000, GB 6500, NEU 72, LYM 28 EMO: EMO: COCIENTE ALBUMINURIA CREATINURIA 28.8 SANGRE OCULTA EN HCES NEGATIVOPO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	 FIRMA Firmado electrónicamente por: LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-17	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	