

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	SOLORZANO	EDISON FERNANDO	30	04	1968	58 años, 1 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305762500	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	MIRAFLORES y	098-158-4768 /
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	1305762500	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	06	10
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 58 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REIFERE, ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO EPISODIOS DE HEMATEMESIS (VÓMITO CON SANGRE) Y EVACUACIONES CON PRESENCIA DE SANGRE, ASOCIADOS A DOLOR EPIGÁSTRICO Y ANTECEDENTE DE GASTRITIS. INDICA QUE ESTUVO INGRESADO EN MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA DONDE LE INDICAN QUE SE ACERQUE A SOLICITAR REFERENCIA CON ESPECIALISTA PARA TENER UN CONTROL. REFIERE PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL, CON REPERCUSIÓN EN SU ESTADO GENERAL. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA CONSCIENTE Y ORIENTADO; SE CONSIDERA CUADRO COMPATIBLE CON SANGRADO GASTROINTESTINAL QUE REQUIERE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA. DEBIDO A LA PRESENCIA DE HEMATEMESIS YMELENA, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN PRIORITARIA POR GASTROENTEROLOGÍA PARA ESTUDIO DIAGNÓSTICO, DETERMINACIÓN DE LA CAUSA DEL SANGRADO Y MANEJO ESPECIALIZADO. INDICA ENDOSCOPIA PENDIENTE SAN HOSPITAL DE PORTOVIEJO. 0959476568

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	10:26	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-10	10:26	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

