

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MECIAS	CEDENO	PABLO ENRIQUE	14	02	1950	74 años, 8 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306156728	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	LAS MARIAS y SN	099-553-6522 /
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	1306156728	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	10	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 CON APP DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL DE HACE 4 MESES AHORA ACUDE REFIRIEND DOLOR EN EPIGASTRIO, ACIDEZ, BAEROGAFIA, S ESACION DE LLENURA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA CON GASTROENTEROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

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
2024-10-16	10:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	