

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	ORELLANA	MARIA EUGENIA	09	03	1967	58 años, 8 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306174515	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAYMUNDO AVEIGA y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-912-4476 / (99)-999-9999
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	1306174515	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	12	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 58 AÑOS QUE SE PRESENTA CON UN CUADRO CLÍNICO DE DISPEPSIA, DISTENSIÓN ABDOMINAL, DOLOR EPIGÁSTRICO Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES NO ESPECÍFICOS, CONSTIPACIÓN CRÓNICA ACOMPAÑADOS DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE HECES QUE REPORTAN SANGRE OCULTA POSITIVA. SE DESCARTA OTRA CAUSA OBVIA DE SANGRADO Y SE SOSPECHA POSIBLE PRESENCIA DE LESIÓN GÁSTRICA O INTESITAL, POR LO QUE SE REQUIERE EVALUACIÓN MÁS PROFUNDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: SANGRE OCULTA EN HECES: POSITIVO +. GLUCOSA: 81, COLESTEROL TOTAL: 200, TRIGLICERIDOS: 110, AMILASA: 71.5, LIPASA: 17

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	10:00	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

