

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| INTRIAGO         | MUÑOZ            | ENRIQUE FABRICIO | 12                  | 07  | 1969 | 55 años, 2 meses, 28 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      | No Telefónico                                       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-----------------------------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306353697        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PAEZ Y ALEJO LASCANO y 098-459-1714 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1306353697      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Gastroenterología | 2024  | 10  | 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

SE REALIZA CONTROL MEDICO ES DM EN TRATAMIENTO CON NOVOLIN 34 UI AM Y 30 UI PM, TOMAR METFORMINA 1000 MG EN HORA DE ALMUERZO, ES HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA A LAS 7 AM, NO SE HA REALIZADO CONTROL DE GLUCOSA, MANIFIESTA QUE HACE VARIOS MESES PRESENTA SANGRADOS DIGESTIVOS BAJOS POR POLIPOMATOSIS INTESTINAL SEGUN REFIERE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRADO DIGESTIVO BAJO DE LARGA DATA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-10 | 09:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-10 | 09:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |       |