

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	MUÑOZ	ROSSANA DEL CARMEN	07	10	1968	57 años, 5 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306522986	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ULBIANO PAEZ y	099-216-0576 / (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	1306522986	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	03	09
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 FEMENINO DE 57 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DE ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE: E HIPERTENSION ARTERIAL EN TTO CON LOSARTAN DE 50 MG QD. DENTRO DE COMPLEMENTARIOS SE ENCUENTRA HIPERCOLESTEROLEMIA: 251, EN REPORTE ENDOSCOPICO SE REPORTA COLITIS CRONICA EROSIVA FOCAL SEVERA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOSCOPIA: COLITIS CRONICA EROSIVA SEVERA FOCAL ACTIVA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	15:04	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmatEC

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
2026-03-09	15:04	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	