

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SACON            | VELIZ            | CLARA AZUCENA | 19                  | 05  | 1952 | 73 años, 9 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                           | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|-------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306526623        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CDLA SAN ANTONIO y CDLA SAN ANTONIO | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1306526623      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Gastroenterología | 2026  | 02  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad      | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINADE 73 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION Y HEMORRAGIA GASTRICA POR ULCERA ESTOMACAL, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON MÉDICO GASTROENTEROLOGO ACUDE POR PERDIDA DE UNA CITA Y BUSCA REAGENDAMIENTO DESDE PRIMER NIVEL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|     |
|-----|
| N/A |
|-----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ULCERA GASTRICA, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION | K259   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 09:16 | Medicina Rural | HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA | 1727573154 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 09:16 | Medicina Rural | HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA | 1727573154 |       |