

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	KLEVER AGAPITO	22	07	1969	56 años, 2 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306993054	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA Y FILO y	097-919-8492 /
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	1306993054	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	09	30
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	☐	MELENA + ANEMIA HB 8	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON DISCAPACIDAD POR PÉRDIDA TRAUMÁTICA DE MID HACE 16 AÑOS, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ABDMINAL EN MESOGATRIO Y LIGERO EN EPIGASTRIO, Y SOBRE TODO POR REFERIR HECES OSCURAS (NEGRAS) BLANDAS Y MUY MAL OLIENTES EN EPISODIOS DE UNA VEZ AL MES DESDE HACE UN AÑO, NO ACOHOLICO, NO TABACO, COME POCO O EN HORARIOS DIFERENTES Y NO USO DE AINES. TRAE LABORATORIO CON SANGRE OCULTA EN HECES (DE MANERA PARTICULAR) POSITIVO, ADEMÁS HB 8 HTC 24.2 PLAQUETAS 1850.000 GB 3590 GR 3800.000 ALT 54.1 AST 77, REFIERE APF DE CIRROSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN MAMÁ. 0979198492 (ALCIVAR MA AUX SOBRINA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE LABORATORIO CON SANGRE OCULTA EN HECES (DE MANERA PARTICULAR) POSITIVO, ADEMÁS HB 8 HTC 24.2 PLAQUETAS 1850.000 GB 3590 GR 3800.000 ALT 54.1 AST 77

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-30	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

