

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	VELEZ	MAGALI DE LA O	03	03	1974	50 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307433365	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MOSQUITO y	096-750-3354 / (05)-302-5031
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area		
MSP	1307433365	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		2024	12	14
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 CON ANTECEDENTES DE ULCERAS GASTRICAS ACUDE POR SANGRADO DIGESTIVO ALTO, REFIERE 3 VOMITOS SANGUINOLENTO ROJO RUTILANTE, ADEMAS PRESENTA MELENAS. ALMOMENTO PACIENTE CON FASCIES PALIDAS, CANSANCIO, SUEÑO. NOS COMENTA QUE EN AÑO 2016 PRESENTO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. SE ENVIA HIERRO ENDOVENOSO MAS REFERENCIA PARA SEGUNDO NIVEL. BIOMETRIA 09/12/2024 HGB: 10.2 HCTO: 30.8 ERITRO: 3560000 VCM: 86.6 PLAQ: 229
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA 09/12/2024 HGB: 10.2 HCTO: 30.8 ERITRO: 3560000 VCM: 86.6 PLAQ: 229

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMATEMESIS	K920		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-14	13:31	Medicina General	TATIANA CAROLINA CUADROS VERA	1312535550	

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
2024-12-14	13:31	Medicina General	TATIANA CAROLINA CUADROS VERA	1312535550	