

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANTANA	JESUS RAMON	10	04	1975	51 años, 1 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307953545	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	PUEBLITO y AV 9 DE JULIO	0950469614 /
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	1307953545	PUEBLITO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	05	14
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 clinico

PACIENTE DE 51 AÑOS CON APP DE GASTRITIS POR H. PILORY HACE 10 AÑOS DIAGNOSTICADO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y TRATAMIENTO EN AQUEL MOMENTO, NO ALERGIAS. ACTUALMENTE ACUDE POR PRESENTAR EPIGASTRALGIA EVA 8/10 , SE ACOMPAÑA DE DISPEPSIA GASTRICA Y METEORISMO, REFIERE ADEMÁS QUE HACE 2 SEMANAS PRESENTO HEMATOQUECIA EN UNA SOLA OCACSON. AL EXAMEN FISICO: CSPS: MV AUDIBLE SIN RUIDOS AGREGADOS, RSCS: R1 Y R2 TONO TIMBRE E INTENSIDAD NORMAL, NO SOPLOS, RSHS: CONSERVADOS, DISTENSION ABDOMINAL, TIMPANISMO DIFUSO, A LA AUSCULTACION AUMENTO DE RSHS, NO MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA, SE SOLICITA EXAMEN PARA H. PILORY Y CONTROL CON RESULTADOS Y REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOQUECIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	FELIX HUMBERTO VELIZ GILER	1009-09-898778	

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
2026-05-14	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	FELIX HUMBERTO VELIZ GILER	1009-09-898778	

