

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAJAÑA	ROMAN	WILMER LAUTARO	02	06	1974	51 años, 10 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308040854	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	SOSOTE y	098-771-6444 /
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	1308040854	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	04	08
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

PCT 51 AÑOS DE EDAD, DISCAPACIDAD FISICA 45%, CON DIAGNOSTICO D EHIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 7 AÑOS EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 10MG CADA DIA, AMLODIPINO 5MG CADA DIA, NO ALERGIAS CONOCIDAS , AQX CLAVO MEDULAR EXTERMIDAD INFERIRO DERECHA HACE 8 AÑOS, ALCOHOL SOCIALMENTE, CIGARRILLO NO, VIDA SEDENTARIA, SEGURO CAMPESIONO, AL MOMENTO INGRESA POR FALTULENCIA, SACIEDAD PRECOZ, INAPETENCIA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

. SE ENVIA HACE H PYLORI Y SANGRE OCULTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	11:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	

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
2026-04-08	11:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	

