

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	PARRAGA	JOSE LUIS	01	04	1981	45 años, 2 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308593027	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SN y	099-311-8338 /
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	1308593027	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	06	15
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 MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO, HISTORIA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA DE RODILLA IZQUIERDA (CAUSA NO ESPECIFICADA), ANTECEDENTE DE TRES HERNIAS DISCALES LUMBARES Y LIGADURA DE HEMORROIDES HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS. PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE INICIO AGUDO CARACTERIZADO POR DOLOR EPIGÁSTRICO DE GRAN INTENSIDAD, CON MEJORÍA PARCIAL TRAS INGESTA DE OMEPRAZOL. ASOCIADO A ESTO, REFIERE EPISODIOS DE SANGRADO ROJO RUTILANTE POR VÍA RECTAL DURANTE LA DEFECACIÓN, ACOMPAÑADO DE DOLOR ANAL IMPORTANTE, QUE SE EXACERBA AL SENTARSE Y A LA PALPACIÓN EN REGIÓN PERIANAL. SE CONSIDERA AVALORACION POR A GASTROENTEROLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA ABDOMINAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

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
2026-06-15	15:55	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

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
2026-06-15	15:55	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

