

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	BAILON	PABLO ANTONIO	10	10	1972	52 años, 5 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309088167	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA ELOY ALFARO y	099-999-9999 /
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	1309088167	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	03	28
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

PACIENTE CON APP DE ANEMIA (REFIERE RECIBIR 2 PINTAS DE SANGRE HACE 3 AÑOS), QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD, QUE SE ACOMPAÑA DE MAREO, DEBILIDAD, FATIGA. SE REALIZA EXÁMENES QUE SON REVISADOS POR MÉDICO PARTICULAR QUE INDICA TRATAMIENTO DE HIERRO IV Y MAGALDRATA + SIMETICONA. PACIENTE REFIERE LEVE MEJORÍA DE CUADRO CLÍNICO. AL MOMENTO ESTABLE, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: TGO 36 / TGP 35 / BT 3.17 / BD 0.36 / BI 2.81 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 6.3 / HEMATOCRITO 19% / PLAQUETAS 180 / RBC 1.58 / LEUCO 4.57 COPROLOGICO: SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO, SIGNO DE MURPHY NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES FECALES	R195		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	08:36	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-03-28	08:36	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

