

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	VERA	CARMEN FLORISELDA	09	08	1974	50 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309583811	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEBE y	099-316-8442 /
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	1309583811	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	19
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 FEMENINO DE 50 A, AP: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG QD, AQX: HERNIORRAFIA INGUINAL, EXERESIS DE TUMORES BENIGNOS EN REGION FRONTO-ORBITARIA CON PERDIDA DE LA VISION HACE 14 AÑOS, APENDICECTOMIA + CESAREA Y SPB, HISTERECTOMIA, AF: MADRE FALLECIDA CA DE COLON. SE REALIZA REFERENCIA A SERVICIO E GASTROENETROLOGIA POR RIESGO ALTO DE CA DE COLON.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: HbA1c: 4.39% COPROLOGICO: QUISTE DE ENTAMOEBA COLI (+) H. PYLORI ANTIGENO: 1.85 (+) ULTRASONIDO: ECOGRAFIA PARTES BLANDA ABDOMEN NO SE VISUALIZAN ALTERACIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HISTORIA FAMILIAR DE TUMOR MALIGNO DE ORGANOS DIGESTIVOS	Z800		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	13:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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 clínico

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
2025-02-19	13:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	