

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SACON	CLARA BARBARA	10	12	1978	47 años, 4 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309634648	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIUDADELA INMACULADA y	099-339-0141 /
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	1309634648	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	04	23
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 47 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR ANTECEDENTES DE ULCERA GASTRICA Y HEMORRAGIA GASTROINTES TINAL REFIERE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER GASTRICO EN PADRE, AL MOMENTO PACIENTE AFERBRIL, COOPERA CON EL INTERROGATORIO, NO REFIERE SINTOMAS, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, SOLICITA REFERENCIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE ESPECIALIDAD EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA EN ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	10:54	Medicina Rural	FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO	1313078071	

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
2026-04-23	10:54	Medicina Rural	FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO	1313078071	