

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	CARLOS LUIS	05	02	1987	37 años, 6 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309934816	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y	093-967-3102 /
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	1309934816	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2024	09	04
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

RECURRENTE Y REFLUJO GASTRICO. PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE ULCERA GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI Y MELENA HACE 8 MESES FUE ATENDIDO EN EL HOSPITAL POR ESTA CAUSA. AL EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIAS, TORAX: CSPS: CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN EPIGASTRIO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL POR ULCERA REQUIERE CONTROL Y SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA DUODENAL, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	K269		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-04	15:37	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-09-04	15:37	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	