

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	VELASQUEZ	JORGE ARTURO	13	06	1982	43 años, 3 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310352875	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MARIANO VARGAS y 09 DE OCTUBRE	098-499-9573 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310352875	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	09	30
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 SIN APP CONOCIDOS, CON APF DE CA DE COLON (PADRE),MADRE (DM) ACUDE A CITA MEDICA INDICANDO QUE PRESENTA SENSACIÓN DE DISPEPSIA DE LARGA DATA, MENCIONA QUE TODO LO QUE COME LE PROVOCA LLENURA, PACIENTE REFIERE PERDIDA DE PESO DURANTE ESTOS ÚLTIMOS TRES MESES.AL MOMENTO SE VALORAN LABORATORIOS BIOMETRIA EN VALORES NORMALES. FACILITO REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA POR ANTECEDENTES FAMILIARES MAS APNTECEDENTE PERSONALD EPERDIDA DE PESO EN ESTESTE ULTIMO TRIMESTRE, AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES REQUIERE ESTUDIOS DE MAS PROFUNDIDAD POR APF Y APP

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	K318	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-09-30	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	Validado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-30	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	