

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	LOOR	BOSCO DANILO	05	07	1984	41 años, 5 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	1311828816	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA ROSA y	098-274-6896 / (09)-689-7750
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	1311828816	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	12	22
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 MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ULCERAS GASTRICAS, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR MELENA DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, CON FRECUENCIA DE UNA DEPOSICIÓN DIARIA DE CARACTERÍSTICAS MELÉNICAS. REFIERE QUE EL DÍA DE AYER ACUDIÓ AL HOSPITAL NAPOLEÓN POR PRESENTAR EPISODIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA, DONDE SE LE INDICÓ LA NECESIDAD DE REFERENCIA PARA MANEJO ESPECIALIZADO. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN OTROS SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES REFERIDOS EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-22	10:22	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
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 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
2025-12-22	10:22	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	