

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FREILE	INTRIAGO	VICENTE LEONARDO	27	08	1990	34 años, 1 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312025396	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BENITO SANTOS CMACAY y 9 DE OCTUBRE	098-498-4254 /
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	1312025396	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	10	03
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 DE IMPORTANCIA, QUIEN INDICA QUE PRESENTA HACE 4 MESES DOLOR ABDOMINAL METEORISMO Y TIMPANISMO,LOS CUALES SE HAN ACOMPAÑADO DE DEPOSICIONES SANGUINOLENTAS A REPETICION, MANIFIESTA QUE HA PERDIDO PESO APROXIMADO DE 30 LIBRAS EN LOS ULTIMOS 4 MESES , SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO , BAJO,PERDIDA DE PESO, METEORISMO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA DEL ANO Y DEL RECTO	K626		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-03	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	 Firmado electrónicamente por: ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR

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
2024-10-03	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	