

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	JUAN CARLOS	03	07	1997	27 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313353144	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RIO GRANDE y	096-768-3729 /
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	1313353144	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	01	17
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 27 A, AP: VARICES ESOFAGICAS DESDE INFANCIA, GASTRITIS, EPISODIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, AQX: LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS (2022), ESPLENECTOMIA A LOS 3 A. MENCIONA QUE A FIANLES DE DICIEMBRE SUFRIO CUADRO DE NAUSEAS, VOMITO Y FIEBRE, POSTERIOR AL CUAL PRESENTO MELENA ABUNDANTE MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL HGND, DONDE FUE HOSPITALIZADO POR HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL + SIGNOS DE HIPOVOLEMIA. SE SOLICITA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DURANTE HOSPITALIZACION SE LE REALIZO ECOGRAFIA ABDOMINAL LA CUAL REPORTA: HIGADO DE FORMA CONSERVADA, BORDES REGULARES Y LISOS, ECOGENICIDAD LEVEMENTE DISMINUIDAY LEVEMENTE HETEROGENEA, VENA PORTA NO VALORABLE. VENAS HEPATICAS DE CALIBRE NORMAL. VIA BILIAR INTRAHEPATICA NO DILATADA, VIA BILIAR EXTRAHEPATICA NO VALORABLE, VESICULA SIN CONTENIDO LITIASICO, PANCREAS NO SE VISUALIZA POR INTERPOSICIONGASEOSA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-17	20:12	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-17	20:12	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

