

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ANDRADE	LUIS MODESTO	04	11	1990	34 años, 11 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314031988	MANABI	CHONE	RICAURTE	HH y	000-000-0000 /
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	1314031988	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	10	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 MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DEPOSICIONES NEGRUZCAS, MALOLIENTES Y ALQUITRANADAS DE APROXIMADAMENTE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADAS DE MAREO Y DEBILIDAD GENERAL. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, MUCOSAS PÁLIDAS, SIGNOS VITALES ESTABLES, CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SE AUSCULTAN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLÓGICAMENTE ÍNTEGRO. SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MELENA	K921	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-30	09:19	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-30	09:19	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	