

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	ANCHUNDIA	MIGUEL ANGEL	21	12	1992	33 años, 2 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316341484	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE y ROCAFUERTE	999-999-9999 /
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	1316341484	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	02	25
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

PCT DE 33 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS RELEVANTES, NO ALERGIAS CONOCIDAS, NO CIRUGIAS, NO INGRESOS HOSPITALRIO, NO ASEGURADO, CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL DIARIO (CURRINCHO), HACE 1 MES DEJO DE BEBER ALCOHOL, REIFERE QUE HACE MAS DE UN MES PRESENTO HEMATEMESIS MAS MELENA, CON LABORATORIO POSITIVO PARA SANGRE OCULTA EN HECES, MAS ANEMIA CON HB DE 8.8GDL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLYCOSA 86, UREA 31, CREATININA 0.8, TGO 40, TGP 44 OTROS ANALISIS: HB 9.6, HCT 26, VCM 96, HCM 35, PñT 330.000, GB 10960, NEU 71, LYM 23 OTROS ANALISIS: HB 8.8, HCT 27, VCM 105, HCM 34, PLT 248.000, GB 9530, NEU 64.8, LYM 22

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	13:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	

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
2026-02-25	13:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	LENIN ISRAEL YENCHONG MEZA	1009-13-1216766	