

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOSQUERA	SALTOS	GENESSIS KAROLINA	04	11	1994	31 años, 3 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316651155	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	CALLE GARCIA MORENO y P MORENO	096-397-4134 /
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	1316651155	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	03	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 clinico

PACIENTE DE 31 AÑOS EN PERIODO DE LACTANCIA, ACUDE POR CONTROL PRESENTO HACE 1 SEMANA DOLOR A NIVEL DE EPIGASTRIO, QUE SE ACOMPAÑO DE NAUSEAS Y VOMITOS SANGUINOLENTOS, AL EXAMEN FISICO: PACIENTE DE FASCIES PALIDA, A LA AUSCULTACION RSHS: DISMINUIDOS, DOLOR EVA 9/10 A LA PALPACION EN EPIGASTRIO, CEFALEA MODERADA Y FEBRICULA, SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO PRESENTANDO LEUCOS: 10.240mm3, SEGMENTADOS 83.1%, FUE ADMINISTRADO TRATAMIENTO CON ATB. AL MOMENTO ESTABLE SIN EVIDENCIA DE COMPLICACIONES, SE SOLICITA VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO REPORTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMATEMESIS	K920		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	14:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	FELIX HUMBERTO VELIZ GILER	1009-09-898778	

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	
2026-03-03	14:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	FELIX HUMBERTO VELIZ GILER	1009-09-898778		FELIX HUMBERTO VELIZ GILER Validar únicamente con FirmaBC