

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	TUAREZ	LUIS MARIO	30	10	2010	14 años, 8 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350007769	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURAN BALLEEN y	098-156-7169 /
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	1350007769	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	07	23
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 14 AÑOS ACUEDE CON CONTRAREFERENCIA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE DOS SEMANAS DE EVOLUCION DE MELENA, PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS, CUADRO DE ANEMIA RECURRENTE Y PERSISTENTE A TRATAMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL, CAMPSO PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADRO CLINICO DE DOS SEMANAS DE EVOLUCION DE MELENA, PERDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS, CUADRO DE ANEMIA RECURRENTE Y PERSISTENTE A TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MELENA	K921		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	16:01	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	



Diana Kathiusca
Zambrano Andrade

Time Stamping
Security Data

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
2025-07-23	16:01	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	