

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TOROMORENO	INSUASTI	ENMA FLORINDA	24	02	1961	64 años, 7 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1706641428	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JUNIN y BOYACA	099-635-6122 /
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	1706641428	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	10	06
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 FEMENINA DE 64 AÑOS CON DISCAPACIDAD VISUAL 81% , ANTECEDENTE DE DM2 EN TTO CON INSULINA 50 UI AM Y 30 UI PM. ANTECEDENTE DE ULCERA GASTRICA HACE 9 AÑOS , ADEMAS ANTECEDENTE FAMILIAR DE CA DE ESTOMAGO. REFIERE PIROSIS SENSACIÓN DE PLENITUD. NIEGA NAUCEAS, VOMITOS, SIN EMBARGO REFIERE HECES PASTOSAS , MALOLIENTES NEGRUZCAS .
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HECES PASTOSAS , MALOLIENTES NEGRUZCAS .
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA GASTRICA, CRONICA O NO ESPECIFICADA, CON HEMORRAGIA	K254	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-06	11:05	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-06	11:05	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	