

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CACERES	ZAPATA	DIANA KRUSKAYA	06	03	2004	21 años, 5 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350987828	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ABRAHAM CALAZACON Y RIO ONSOLA y	099-225-2934 /
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	2350987828	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	08	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

ANEMIA LARGA DATA + SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON ANEMIA MICRÒCÌTICA HIPOCRÒMICA DE LARGA EVOLUCIÒN EN TTO CON HIERRO Y ACTUALMENTE CON 11.8 DE HB, LABORATORIO GENERALES QUE MUESTRAN SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA, PACIENTE TIENE APP DE H PYLORI + SIN EMBARGO SE DIÒ TTO CON RESULTADO DE CONTROL NEGATIVO, HACE VARIOS MESES, REFIERE CUADRO DISPÈPTICO NUEVO DESDE HACE 3 DIAS . 0992252934

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES FECALES	R195		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	13:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	13:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	