



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		001414	San Pedro De Atascoso		CS-A	1302733058													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Barreiro		Marcillo		Jesus		Salvador		H	28-02-1954	72	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0999999999				☒		☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
13				5. Problemas de infraestructura.															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Gastroenterologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 72 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRES ENTAR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE DE VARIAS S EMANAS DEEVOLUCIÓN- DE PREDOMINIO EPIGÁS TRICO Y DIFUS O- DE INTENS IDAD MODERADA A S EVERA- PERS IS TENTE Y DE CARÁCTERPROGRES IVO- REFRACTARIO AL MANEJO FARMACOLÓGICO INS TAURADO CON OMEPRAZOL 20 MG VÍA ORAL CADA 24 HORAS YMAGALDRATO + S IMETICONA EN S US PENS IÓN ORAL 10 ML VÍA ORAL CADA 8 HORAS - S IN EVIDENCIARS E MEJORA CLÍNICA. ADEMASMAS OCIA ES TREÑIMIENTO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR AUS ENCIA DE DEPOS ICIONES - ACOMPAÑADO DE DIS TENS IÓN ABDOMINAL Y MALES TAR ABDOMINAL GENERALIZADO. DEBIDO A LA PERS IS TENCIA Y REFRACTARIEDAD DEL CUADRO CLÍNICO EN PACIENTE ADULTO MAYOR- CON CAMBIO RECIENTE EN EL HÁBITO INTES TINAL- S E CONS IDERA NECES ARIO DES CARTAR PATOLOGÍA GAS TROINTES TINAL ORGÁNICA S UBYACENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AL EXAMEN FIS ICO: ABDOMEN BLANDO- DIS TENDIDO- RUIDOS HIDROAÉREOS PRES ENTES E HIPOACTIVOS - DOLOR A LA PALPACIÓNPROFUNDA EN EPIGAS TRIO Y MES OGAS TRIO- CON MOLES TIA DIFUS A A LA PALPACIÓ DE MARCOS CÓLICOS - S IN S IGNOS DEIRRITACIÓN PERITONEAL- S IN DEFENS A NI RIGIDEZ ABDOMINAL. NO S E EVIDENCIAN MAS AS PALPABLES NI VIS CEROMEGALIAS . SIGNO DE MURPHY NEGATIVO. PERCUS IÓN ABDOMINAL CON TIMPANIS MO GENERALIZADO.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Dispepsia	K30X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-26	07:41	Ramon	Velez	Quevedo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313445387				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	