

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	RODRIGUEZ	DANIEL LEONARDO	17	01	1982	44 años, 2 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0922545686	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA MANTA QUEVEDO y	098-695-5883 /
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	0922545686	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	03	18
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 TURNO PARA REFERENCIA PARA GASTROENTEROLOGIA POR VENTRICULOSIS EN COLON DETECTADA POR ECOGRAFIA POR LO QUE SE PASA A ESPECIALIDAD POR CUADRO CON DOLOR ABDOMINAL. DE LARGA DATA HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN PROBABLE RELACION A COLITIS + DIVERTICULITIS . COLON . ASCENDENTE Y ESDCENDENTE CON GRAN CANTIDAD DE GASES . A NIVEL DE FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA SE OBSERVA ASA INTESTINAL RIGIDA , DE PARED ENGROSADA ,EDEMATOSA,CON LA PRESENCIA DE UNA IMAGEN NODULAR, HIPOECOGENICA QUE MIDE 0.94 CM X 0.76 CM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

na

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO	K579		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	

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
2026-03-18	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	