

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
YUPANQUI	HERAS	MILDRE IVON	16	07	1984	41 años, 4 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0924183452	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CULEBRA y	097-895-3332 /
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	0924183452	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	GASTROENTEROLOGIA		2025	11	24
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 CON APP DE PROLAPSO UTERINO, LITIASIS RENAL BILATERAL 0.34 A 0.62 CM DEL LITO MÁS GRANDE NO SE INFORMA SOBRE ECTASIA PIELOCALICIAL, FG 76 (18/11)), MIOMATOSIS INTRAMURAL 0.89 CM. ACUDE POR REFERIR EL DÍA DE HOY, DOLOR EN LA ZONA LUMBAR HACIA EPIGASTRIO DE MÁS O MENOS 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CON IRRADIACIÓN HACIA ZONA ESCAPULAR DERECHA CON NAÚSEAS Y FLATULENCIAS ABUNDANTES + + + +, DISTENSIÓN ABDOMINAL, EL ÚLTIMO DESDE HACE UN MES. INTERCALA CON ESTREÑIMIENTO Y DIARREA. ADEMÁS SOMNOLIENCIA, ONICOLISIS, FRIALDAD, AL EXAMEN FÍSICO: ICTERICIA, MUCOSA ORAL SECA CICATRIZ POR COLECISTECTOMÍA ABIERTA HACE 10 AÑOS, DOLOR EN EPIGASTRIO Y MESOGASTRIO NO MARCO CÓLICO. APF. CA PULMÓN EN PAPÀ. 0978856870

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	08:51	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 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
2025-11-24	08:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

