

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHINGA	LOOR	MANUEL ANTONIO	22	08	1944	80 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300265343	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AV 7 JUNIO y MANABÍ	098-953-5705 /
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	1300265343	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	12
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

USUARIO DE 80 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA ESENCIAL, TUMOR EN LA CABEZA DEL PÁNCREAS DE COMPRAMIENTO INCIERTO EN SEGUIMIENTO POR SOLCA-PORTOVIEJO (NO TRAE EXAMEN QUE CORROBORE DIAGNOSTICO) , COLELITIASIS , IAM HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS CON CATETERISMO CARDÍACO, CON POLIFARMACIA, AL MOMENTO ACUDE ACOMPAÑADO DE SU HIJA, QUIEN REFIERE SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA EN SOLCA -PORTOVIEJO EN LA CUAL RECIBIO TRATAMIENTO POR HELICOBACTER PYLORI (ACUDE CON RECETA MEDICA OMEPRAZOL 20MG QD POR 30 DIAS/ LEVOFLOXACINA 500MG QD POR 14 DIAS / DOXICICLINA 100MG CADA 12 HORAS POR 14 DIAS/ METRONIDAZOL 500MG CADA 12 HORAS POR 14 DIAS) PACIENTE REFIERE QUE LUEGO LE ENVIARON EL SIGUIENTE TRATAMIENTO (CIPRAN 500MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS / INVIGAN 500MG POR 5 DIAS / MULTIFORA ADVANCE SOBRES QD POR 15 DIAS / OMEPRAZOL 20 MG QD POR 30 DIAS) PACIENTE REFIERE QUE REALIZA DEPOSICIONES DIARREICAS Y SUSPENDE EL TRATAMIENTO Y ACTUALMENTE PRESENTA DEPOSICIONES DIARREICAS CADA 8 HORAS DE LARGA DATA Y PACIENTE REFIERE QUE HA RECIBIDO MULTIPLES TRATAMIENTOS PARA LAS DIARREAS SIN MEJORIA ALGUNA . ADEMAS REFIERE TOMAR CADA 8 HORAS CREON 25000 CAPS 300MG. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO VISCEROMEGALIAS . SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA MEJOR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO FUNCIONAL INTESTINAL, NO ESPECIFICADO	K599		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	14:05	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-02-12	14:05	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	