

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VASQUEZ	CEDENO	MATEO ABELARDO	05	07	1946	79 años, 0 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300678875	MANABI	CHONE	RICAUARTE	5 DE MAYO y	099-171-7280 /
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	1300678875	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	23
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 MASCULINO DE 79 AÑOS ACUDE POR REFERIR DOLOR ABDOMINAL Y LUMBAR DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, ASOCIADO A DISTENSIÓN ABDOMINAL, FLATULENCIA EXCESIVA, Y DIFICULTAD PARA REALIZAR DEPOSICIONES. REFIERE ADEMÁS PÉRDIDA DE PESO MARCADA, INDICANDO QUE PESABA 48 KG Y ACTUALMENTE 44.5 KG EN EL LAPSO DE UN MES. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO, LEVE DISTENSIÓN, DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN MESOGASTRIO, SIN MASAS PALPABLES, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES Y DISMINUIDOS. NO HAY DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. RESTO DE SISTEMAS SIN HALLAZGOS RELEVANTES. POR CUADRO DE PÉRDIDA DE PESO INEXPLICADA, ALTERACIONES DIGESTIVAS Y ANTE LA EDAD DEL PACIENTE, SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	14:49	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-07-23	14:49	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	