

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	VELEZ	JOSE ONOFRE	24	09	1955	70 años, 7 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302125107	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AYACUCHO y CALLEJON SIN SALIDA	098-970-4905 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302125107	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	04	29
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 REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SABOR AMARGO DE LA BOCA, ACOMPAÑADO DE VÓMITOS POS PANDRIALES, CON DOLOR ABDOMINAL DE LADO DERECHO DE GRAN INTENSIDAD, TIPO COLICO PARA LO CUAL TOMA SERTAL, SUELA PRESENTAR 2 VECES AL DIA, REFIERE ANTECEDNTE DE ULCERA GASTRICA, REFIERE HACE UN AÑO ANTECEDENTE QUIRURGICO DE EXERESIS DE QUISTE RENAL , TIENE HIPERTENSION TOMA LOSARTAN 100MG Y AMLODIPINA 5MG.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGENICIDAD MODERADAMENTE AUMENTADA ESTEATOSIS + LEVE AUMENTO DE TAMAÑO HEPATICO. VESICULA DISTENDIDA, NO LITOS, PARED MIDE 2MM SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE GASTROWENTEROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA DUODENAL, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	K269		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	08:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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