

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	SOLORZANO	JOSE DANIEL	28	07	1952	73 años, 6 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302219256	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EL CUELLO y	096-766-8868 /
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	1302219256	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	02	05
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 73 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD, REFIERE QUE EL 20/01/2026 ACUDIO A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO, DIARREA, VOMITOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, ACOMPAÑADO DE ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA Y ESCALOFRIOS, MOTIVO POR EL CUAL QUEDO HOSPITALIZADO HASTA 22/01/2026, EL 20/01/2026 SE REALIZO ECOGRAFIA DONDE REPORTA A NIVEL DE HIPOGASTRIO Y FLANCO IZQUIERDO SE OBSERVAN ASAS INTESTINALES DILATADAS CON CONTENIDO LIQUIDO EN LUZ INTESTINAL, SE SOSPECHA DE PROBABLE DIAGNOSTICO DE NEOPLASIA ABDOMINAL EN ESTUDIO, MOTIVO POR EL CUAL REALIZAN DERIVACION A CLINICA PARTICULAR DONDE EL 26/01/2026 LE REALIZARON ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA. PACIENTE AL MOMENTO REFIERE EPIGASTRALGIA, Y REFIERE QUE SOLICITAN REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE A GASTROENTEROLOGIA PARA REVISION DE BIOPSIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ESTOMAGO	D371	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	14:21	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2026-02-05	14:21	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

