

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VALDEZ           | GUERRERO         | OFE MONSERRATE | 26                  | 05  | 1956 | 70 años, 1 meses, 10 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302656234        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | EL PARAISO y                 | 000-000-0000 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón  | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud                           | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1302656234      | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología | 2026  | 07  | 06  |
| 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 clinico

FEMENINA DE 70 AÑOS, CON APP DE HTA DE LARGA DATA ACTUALMENTE EN TTO CON CARDIOLOGO EN ÁREA PRIVADA QUIEN DX ARTERIOPATIA MICROVASCULAR, AHORA EN TTO A BASE DE EXFORGE HCT 10-160-12.5 MG, LIPITOR 20 MG, CARDIOASPIRINA 100 MG, AL MOMENTO ACUDE POR CONTROL Y LECTURA DE Ex. DE LAB. AL EX. FISICO. MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S.- TA: 110/60mmHg... AHORA ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA POR POR CAMBIOS EN LOS HABITOS EVACUATORIOS, TIPO CONSTIPACIÓN...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POR POR CAMBIOS EN LOS HABITOS EVACUATORIOS, TIPO CONSTIPACIÓN...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------|--------|-----|-----|
| CONSTIPACION | K590   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-06 | 15:08 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-06 | 15:08 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

