

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO		NORBERTO BOLIVAR	01	04	1951	74 años, 5 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302731862	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CALLEJON 10-2 y CALLEJON SN	0993781906 /
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/Área		
MSP	1302731862	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2025	09	02	
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 con dolor abdominal o calambres, a menudo aliviados después de la evacuación, y cambios en los hábitos intestinales, estreñimiento. Otros síntomas comunes son la hinchazón y distensión abdominal, gases, llenura, eructos y náuseas por lo que se refiere con gastroenterología

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Indicados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	K589		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-02	11:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefieri 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
2025-09-02	11:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	