

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		1411	CS ROCAFUERTE	B	1304031931												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
VELEZ			RUTH		BERNARDITA	F	14/8/1962	63	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A														
			X														
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐											
0997380727 - 0996226934 - 0989119833					MOTIVO												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.		☐		6. Problemas de abastecimiento.										
			2. Falta de espacio físico.		☐		7. Insuficiencia de profesionales.										
PROVINCIA			3. Falta de equipamiento.		☐		8. Inadecuada capacidad resolutive										
CANTÓN			4. Equipos en mal estado.		☐		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
MANABI			5. Problemas de infraestructura.		☐												
ROCAFUERTE																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN CLINICO

PACIENTE ADULTO FEMENINA DE 63 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE HTA HACE 4 AÑOS EN TTO ACTUAL CON LOSARTAN 100 MG QD (SE LE MENCIONA LA ESTRATEGIA HEARTS Y SE LE AGREGA AMLODIPINO 5MG QD DEBIDO A FALTA DE OTRA MEDICACION EN EL CENTRO DE SALUD Y PACIENTE ES DE MUY BAJOS RECURSOS) QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN OBJETIVO, DM2 CONTROLADA CON METFORMINA 500MG QD, CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO EN TTO ATORVASTATINA 20 MG QD. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS CARACTERIZADO POR DISFAGIA PARA SOLIDOS, EN DONDE PACIENTE REFIERE QUE TIENE QUE VOMITAR PARA PODER LIBERAR LA SENSACION. ADEMAS REFIERE ESTREÑIMIENTO CRONICO PARA LO QUE DEBE MANTENERSE CON ENEMAS TODOS LOS DIAS Y LACTULOSA. ADEMAS REFIERE DISTENSION ABDOMINAL TODOS LOS DIAS. SE SOLICITA POR LO TANTO REFERENCIA GASTROENTEROLOGIA URGENTE. NO REFIERE PERDIDA DE PESO, Y SE ENVIA A REALIZAR LABORATORIOS.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	
1.	DISFAGIA		R13X	X		4.	DIABETES MELLITUS 2 SIN COMPLICACIONES		E119	X
2.	OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES DE COLON		Q432	X		5.				
3.	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL		I10X		X	6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/10/2025	14:00	BRYAN	CEDEÑO	QUIJIJE
		FIRMA	SELLO	
1316634490				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA ☐		REFERENCIA INVERSA ☐			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	