

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	CONFORME	RUTH BERNARDITA	14	08	1962	63 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304031931	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	SN y SN	099-999-9999 /
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	1304031931	VALDEZ	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2026	05	13
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 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, CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO EN TTO ATORVASTATINA 20 MG QD, NO SE PUEDE CALCULAR FILTRADO GLOMERULAR PORQUE NO HAY EXAMENES (SE MANDA A REALIZAR) - PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO CRONICO BRISTOL TIPO 1, LAVADOS CON ENEMAS FRECUENTEMENTE, REFIERE INTRUDICIR LA MANO PARA SACAR HECES POR DOLOR COLÓNICO CONSTANTE. NO SANGRADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZARON

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MONICA ROSALIA ARTEAGA GENDE	1310631591	

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
2026-05-13	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MONICA ROSALIA ARTEAGA GENDE	1310631591	