

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MUÑOZ            | MOREIRA          | LUZ MARIANA | 22                  | 02  | 1950 | 76 años, 4 meses, 7 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                             | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304078312        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CALLE 15 DE ABRIL y CALLE 15 DE ABRIL | 098-182-4155 /      |
| 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                 | 1304078312      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                           |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|-------------------------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA | Consulta externa | Gastroenterología | 2026  | 06  | 29  |
| 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

PACIENTE FEMENINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA Y DM REFIERE DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO Y ESTREÑIMIENTO DE MAS DE 3 MESES DE EVOLUCION QUE PERSISTE AUN CON TRATAMIENTO DE OMEPRAZOL 2 VECES AL DIA (20MG) TRIMEBUTINA/SIMETICONA VALORADA POR VARIOS MEDICOS SIN MEJORIA DE CUADRO CLINICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA: GLUCOSA 137.42 HEMOGLOBINA 13.3 PLAQUETAS 170 HEMATOCRITO 41.1 COLESTEROL 289.83 TGO 19 TGP 18

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA | K295   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO         | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------------|----------------|-------|
| 2026-06-29 | 14:45 | Medicina Interna | JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES | 1006-03-441496 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|----------------|-------|
| 2026-06-29 | 14:45 | Medicina Interna | JUAN FRANCISCO CEDEÑO FLORES | 1006-03-441496 |       |

