

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEVALLOS	HERODION ORIENTE	21	06	1962	64 años, 0 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304447269	MANABI	CHONE	CONVENTO	AGUA POTABLE y	099-680-3460 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304447269	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	17
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 DE 64 AÑOS DE EDAD APP DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SE APLICA INSULINA 20 UI EN LA MAÑANA 10UI EN LA NOCHE TOMA METFORMINA + DAPAGLIFOZINA 10MG ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL INTENSO DE PREDOMINIO EN EPIGASTRIO, ASOCIADO A DISTENSIÓN ABDOMINAL, SENSACIÓN DE PLENITUD POSTPRANDIAL Y DISPEPSIA. REFIERE EXACERBACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA TRAS LA INGESTA DE ALIMENTOS IRRITANTES. NIEGA HEMATEMESIS, MELENA O FIEBRE. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ABDOMEN DISTENDIDO, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS PALPABLES NI VISCEROMEGALIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL DE INTENSIDAD MODERADA DISTENSIÓN ABDOMINAL AMERITA VALORACIÓN POR SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GASTRITIS AGUDAS	K291		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	09:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-17	09:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

