

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	ZAMBRANO	GALO ANTONIO	04	01	1957	68 años, 2 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304587593	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	10 DE AGOSTO y EMILIO HIDALGO	095-966-0194 /
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	1304587593	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	03	28
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 ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CAMINA CON APOYO DE AUXILIAR DE LA MARCHA, REFIERE ANTECEDENTE DE ANEURISMA ABDOMIAL DIAGNOSTICADO HACE UN MES, ANTECEDENTE QUIRURGICO LAMINECTOMIA L3-L4-L5, DESCOMPRESION MEDULAR Y FIJACION TRANSPEDICULAR L3,L4, REFIERE A VECES DOLOR ABDOMINAL ACOMPAÑADO DE DEPOSICIONES BLANDAS, TRAE ORDEN DE LAB PARA SOLICITUD DE ANGIOTAC ABDOMINAL Y DE MIEMBROS INFERIORES . PARA REVOLACION YA QUE NO TIENE MEDIOS ECONOMICOS PARA REALIZARSE DICHOS ESTUDIOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITUD DE ORDENES DE TOMOGRAFIAS VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL, SIN MENCION DE RUPTURA	I714		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	08:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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