

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SOLORZANO	CIELO DOLORES	23	04	1970	54 años, 7 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306520949	MANABI	CHONE	CANUTO	WASHINGTON Y JAMBELI y	098-919-9395 /
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	1306520949	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	12	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD ACUDE POR REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA POR MALA ABSORCION INTESTINAL, REFIERE QUE HA LLEVADO CONTROLES SUBSECUENTE POR MEDICO PARTICULAR, ADEMAS REFIERE GASTRITIS CRONICA NO ESPECIFICADA TRATADA CON FLEXOPRAZAM 40 MG VO QD, Y ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS, REFIERE QUE ADEMAS NO PRESENTA MEJORIA. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA, REQUIERE VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN SISTEMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALABSORCION DEBIDA A INTOLERANCIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	K904	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	17:28	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-12-17	17:28	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	