

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	GILER	ELIO FRANCISCO	12	01	1968	57 años, 5 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306628304	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	099-093-5022 /
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	1306628304	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	04
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 MASCULINO DE 57 AÑOS CON APP: DM2 DIAGNOSTICADA RECIENTEMENTE EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN QUE PACIENTE NO RECUERDA; APF: HERMANO MUERTO POR CANCER DE CARA; AQX: NO REFIERE; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA, HABITOS NOCIVOS: ALCOHOL POCO FRECUENTE, NIEGA USO DE TABACO Y DROGAS; ALERGIAS: AL POLVO. ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR FUERTE DOLOR ABDOMINAL QUE SE ACOMPAÑA DE FATIGA, METEORISMO Y DEPOSICIONES SANGUINOLIENTAS. PACIENTE ACUDIÓ A MEDICO PARTICULAR DONDE SE LE REALIZARON EXAMENES DE LABORATORIO LOS CUALES REFIERE QUE TENIA COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS ALTOS, ADEMAS DE LA GLUCOSA ELEVADA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO/REACTIVO COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLITIS ULCERATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	K519	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-04	11:48	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-07-04	11:48	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

