

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | MENDOZA          | BETSY ANNABEL | 01                  | 02  | 1970 | 54 años, 11 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306653799        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | SN y SN                      | 098-121-9904 /      |
| 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                 | 1306653799      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2025  | 01  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD. MEDICACION HABITUAL: ENALAPRIL 10 MG, CLORTALIDONA. ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: AINES, PENICILINA, MACROLIDOS. APQX: CESAREAS 1. APF: NIEGA. HABITOS EVACUATORIOS: DIARIO - BRISTOL 1. MOTIVO DE CONSULTA: MASA PALPABLE EN EPIGASTRIO, ERUCTOS, SENSACION DE SACIEDAD TEMPRANA. PERDIDA DE PESO NO INTENCIONAL. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN BLANDO, NO MEGALIAS, NO ASCITIS. SOLICITA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA POR PERDIDA DE PESO NO JUSTIFICADA, CA 19-9 ELEVADO, DISPEPSIA CON SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: TP 10.6, ACTIVIDAD 117, INR 1, CREA 0.74, CT 192, TG 107, TGO 18, TGP 21, FAL 70, BT 0.55., GGT 36, GB 8.58, HB 11.7, PLAQ 547000, HB AG NEGATIVO CA 19-9 149 ALFAFETO 1.5. ULTRASONIDO: HEPATOPATIA CRONICA, HIDRONEFROSIS RENAL DERECHA GRADO III, ASCITIS .

5. Diagnóstico

| Diagnóstico         | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------|--------|-----|-----|
| DISPEPSIA FUNCIONAL | K30X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-18 | 10:13 | Medicina Rural | JASMINA MARIA CALDERON CEDENO | 0926030594 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-18 | 10:13 | Medicina Rural | JASMINA MARIA CALDERON CEDENO | 0926030594 |       |