

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAQUE	SOLIS	LUCRECIA ISABEL	01	12	1946	78 años, 0 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306805456	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y	098-256-0032 / (98)-256-0032
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	1306805456	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2024	12	31	
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

SE REALIZA CONTROL MEDICO A PACIENTE QUIEN REFIERE DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO QUE SE ACOMPAÑA DE DEPOSICIONES DIARREICA ES HTA EN TRATAMIENTO LOSARTAN 50 MG CADA DÍA EN LA MAÑANA , A LA PALPACION ABDOMINAL ES PALPABLE MASA PULSATIL POSIBLE DILATACION DE AORTA ABDOMINAL, SE VALORA ECOGRAFIA QUE MUESTRA NORMALIDAD, NO DILATACIONES NO MASAS,NO ORGANOMEGALIAS, REFIERE DOLOR POSPRADIAL CONTINUO Y PERDIDA DE PESO SOLICITO REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO ABDOMINAL ES NORMAL, INAPETENCIA Y PERDIDA DE PESO PROGRESIVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	R101		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-31	08:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

Firmado electrónicamente por:
ALBERTO JOSE
ZAMBRANO ALCIVAR

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
2024-12-31	08:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	