

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	QUIJIJE	JACQUELINE MARICRUZ	11	09	1969	56 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306931799	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y	096-743-3387 /
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	1306931799	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	12	15
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 FEMENINO DE 56 AÑOS DE EDAD **APP: HTA (LOSARTAN 50 MG QD) ** APF: NR **APQ: LIGADURA **AA: NR*** ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO INTENSO EVA 9/10, NAUSEAS Y ALZA TÉRMICA. ADEMÁS REFIERE DIARREAS CON MOCO Y PERIODOS DE ESTREÑIMIENTO. *** PACIENTE INDICA HABER ESTADO HOSPITALIZADA EN HOSPITAL Y REQUIERE CONTROL POR ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA. *** TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. ***** LOSARTAN 50 MG QD+ METRONIDAZOL 500 MG TD + CIPROFLOXACINO 500 MG BID + OMEPRAZOL 20 MG BID + PARACETAMOL 1 GR PRN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: IMAGEN SACULAR - DIVERTICULO - A NIVEL DE COLON SIGMOIDES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO	K579		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	14:49	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Asinado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA
CUSME
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-15	14:49	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

