

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MOREIRA          | MEDRANDA         | CARMEN YAQUELINE | 09                  | 07  | 1974 | 51 años, 1 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308772134        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CDLA 6 DE DICIEMBRE y        | 098-080-8005 /       |
| 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                 | 1308772134      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2025  | 09  | 03  |
| 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 DE 51 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR ESTREÑIMIENTO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, REFIERE DOLOR TIPO URENTE POSTPRANDIAL, SACIEDAD PRECOZ DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN. REFIERE ANTECEDENTE DE H. PYLORI POSITIVO, RECIBE TTO DE PRIMERA LINEA, REFIERE QUE AL CONTROL POST TRATAMIENTO REFIERE RESULTADO NEGATIVO, PERO ACUDE SIN EXAMENES. REFIERE HABER ESTADO EN SEGUIMIENTO HACE UNOS MESES CON GASTROENTEROLOGIA PERO REFIERE PERSISTIR CON CUADRO CLÍNICO . AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, METEORISMO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES . AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0980808005 // 0994107473

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-03 | 11:46 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-03 | 11:46 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

