

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OCAMPO	ALCIVAR	JEFFERSON GABRIEL	01	05	1976	50 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308775434	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	099-317-7009 /
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	1308775434	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	05	28
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 ACUDE POR REFERIR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 20 DIAS CARACTERIZADO POR MALESTAR ACOMPAÑADO DE ALZA TERMICA DE 38 GRADOS CENTIGRADOS PARA LO CUAL SE AUTOMEDICO PARACETAMOLACOMPAÑADO DE DOLOR ADOMINAL TIPO COLICO, CON PERDIDA DE PESO, NAUSEAS, NO VOMITOS, DEBILIDAD. DEPOSICIONES BLANDAS. RFIERE QUE HACE POCOS DIAS TOMO ANTIBIOTICOTERAPIA PRESCRITA POR EDICO PARTICULAR SIN VER MEJORIA, REFIERE QUE DOOR ABDOMINAL SE EXACERBA CON EL CONSUMO DE ALIMENTOS ACOMPAÑADO DE FLATULENCIAS. ANTECEDENTE D EHIPERTENSION ARTERIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 12.3, HTCT 37, PLAQ 250, GB 7.18, GLUCOSA 106.8, CR 1.04, COL 207, TGL 139.2, TGO 15.9, TGP 16. VALORACION POR ESPECIALDIAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS ESPECIFICADAS	K528		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	13:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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