

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SANTANA	DOLORES TULMIRA	05	10	1972	53 años, 2 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309632279	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	LA PIÑUELA y	098-709-6076 /
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	1309632279	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2025	12	12
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 CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 74%, CURSA CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA, HECES OSCURAS EN OCASIONES, SENSACION DE PLENITUD PRECOZ, ADEMAS DE DEPOSICIONES SEMILIQUIDAS QUE SE PRESENTAN CONSTANTEMENTE. SE REALIZO ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA HACE 4 AÑOS, DONDE SE EVIDENCIO PRESENCIA DE POLIPOS DE ESTOMAGO Y DUODENO, GASTRITIS CRONICA, ADEMAS DE POLIPOSIS EN COLON, POR LO QUE SE REALIZO POLEPCTOMIA. ESTUDIO ENDOSCOPICO DE CONTROL DEBIO SER REALIZADO HACE 2 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PO LIPO DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	K317		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-12	12:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-12-12	12:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	 Firmado electrónicamente por: LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaRC