

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	LOOR	YAIRA MARIA	15	02	1981	44 años, 0 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310362023	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LA PRENSA y	098-469-5219 /
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	1310362023	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	27
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

APP: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO LOCALIZADO EN HIPOCONDRI0 IZQUIERDO QUE SE IRRADIA A REGION POSTERIOR, DISTENCION ABDOMINAL, SENSACION DE LLENURA SE ACOMPAÑAN CON DEPOSICIONES BLANDAS, SINTOMAS SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA CON COMIDAS A BASE DE LACTEOS, FRITURAS. EXAMEN FISICO; ABDOMEN: BLANDO SUAVE DOLORS O A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA, VISCEROMEGALIA: AUMENTO DE REBORDE COSTAL +2. PLAN DX: ECOGRAFIA ABDOMINAL. EXAMENES DE LABORATORIOS COMPLETOS . PLAN FARMACOLOGICO: LEVOFLOXACINO 750 MG CADA DIA X 10 DIAS . VAGO VITAL DIGEST 1 SOBRE CADA DIA POR 5 DIAS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIO, ECOGRAFIA ABDOMINAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL HIGADO , NO ESPECIFICADA	K769	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	14:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-02-27	14:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	