

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	PONCE	MADELEY ROSALIA	06	12	1991	33 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312051228	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-052-7888 /
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	1312051228	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	11	17
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	☐	CONSTIPACION CRONICA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 33 AÑOS DE EDAD. APP: ESTREÑIMIENTO CRONICO. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DE GRAN INTENSIDAD Y DISPEPSIA FUNCIONAL. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, MENCIONA HABER SEGUIDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON GASTROENTEROLOGO PARTICULAR SIN EMBARGO NO OBTUVO MEJORIA, SOLICITA REFERENCIA CON GASTROENTEROLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DEL 14/11/2025: MARCO COLONICO SE APRECIA ABUNDANTE CONTENIDO NEUMOFECAL A NIVEL DE COLOR ASCENDENTE, TRANSVERSO Y DESCENDENTE SE VISUALIZA DISTENSION DE ASAS EN EL MARCO COLONICO QUE GENERA INTERPOSICION DE ASAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-17	15:25	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-11-17	15:25	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

