

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| VELEZ            | PIN              | MARIA FERNANDA | 23                  | 03  | 1986 | 39 años, 11 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |            |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|------------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312183005        | MANABI              | ROCAFUERTE | ROCAFUERTE | ROCAFUERTE y                 | 097-983-4924 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón     | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud                 | Tipo            | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|------------------------------------------|-----------------|----------------|
| MSP                 | 1312183005      | HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES | HOSPITAL BASICO | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 03  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

EDAD: 39 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE. GRUPO SANGUINEO: ??. APP: COLON IRRITABLE - GASTRITIS TRATAMIENTO CON BUENOX - MUVETT / INFECCIONES DE VIAS URINARIAS A REPETICIÓN. APF: NO REFIERE. APQ: APENDICECTOMIA - LIGADURA. AGO: MENARQUIA: 14 AÑOS. CICLOS MENSTRUALES: REGULARES 28X2 FLUJO NORMAL. DISMENORREA: SI 3/10 SINDROME PREMENSTRUAL. PAP TEST: HACE 6 MESES (NORMAL/INFLAMACION) PF: LIGADURA. GESTAS 4 PARTOS 4 CESAREAS 0 ABORTOS 0. FUM: 01/03/2025. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL, INTERMITENTE, DE TIPO PUNZANTE, EVA 8/10, DE PREDOMINIO EN HIPOGASTRIO, REFIERE LEVES MOLESTIAS URINARIAS (REFIERE ANTECEDENTE DE MICROLITIASIS), NIEGA SECRECION VAGINAL. SE ENVIA ECOGRAFIA Y EXAMENES, SE ENVIA PARACETAMOL Y MULTIVITAMINAS EN ESPERA DE ECO PARA VOLVER A VALORAR. PACIENTE ACUDE A CONTROL EL DIA DE HOY PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL, TIPO COLICO, QUE ACUSA A GASES, EN EPIGASTRIO, REFIERE QUE ANTES DE MENSTRUACION REFIERE COMEZON IMPORTANTE, NIEGA MOLESTIAS URINARIAS, NIEGA SECRECION VAGINAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | N390   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD              | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO            | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------|-------------------|-------|
| 2026-03-18 | 09:56 | Ginecología y Obstetricia | JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO | 1009-2016-1670190 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------|-------------------|-------|
| 2026-03-18 | 09:56 | Ginecología y Obstetricia | JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO | 1009-2016-1670190 |       |

