

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALGUERO	TORO JEINDI	JEINDI	08	05	2003	21 años, 6 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312930827	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	097-884-9727 /
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	1312930827	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	11	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 ☐

DISPEPSIA DE LARGA DATA + APF DE CA GASTRICO, VESICULA, HEPÁTICO, COLON Y LEUCEMIA.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE PO CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCIÒN CON DOLOR ABDOMINAL TIPO URENTE DE PREDOMINIO MATUTINO Y ENTRE COMIDAS, QUE EMPEORA CON LA INGESTIÒN DE CUALQUIER ALIMENTO PEOR AUN CON CÍTRICOS, DISTENSIÒN Y FLATULENCIA CON REFLUJO Y PIROSIS, 3 MESES DE TRATAMIENTO CON IBP, H PYLORI NEGATIVO EN HECES, NO CONSUMO ALCOHOL, DROGRAS, TABACO, SEDENTARISMO. ECOGRAFÍA ABDOMINAL NO PATOLÒGICA. LLAMA LA ATENCIÒN ANTECEDENTES FAMILIARES EN PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE DE CÁ GÁSTRICO, CA DE VESÍCULA, HEPÁTICO, CA DE COLÒN, LEUCEMIA, ABUELA Y SOBRINA 0991918663

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	08:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-11-28	08:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	