

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ANDRADE	ANGELA MILAGROS	28	08	2001	24 años, 0 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313827360	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SAN ANDRES y	098-165-8587 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313827360	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	09	11
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 FEMENINA DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DISPEPSIA CRÓNICA CONSULTA POR PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS A PESAR DE CAMBIOS DIETÉTICOS Y TRATAMIENTO EMPÍRICO. REFIERE DISTENSIÓN ABDOMINAL POSTPRANDIAL, ERUCTOS FRECUENTES, NAUSEAS OCASIONALES Y DIGESTIONES LENTAS. IDENTIFICA INTOLERANCIA A LÁCTEOS, COMIDAS GRASAS Y HARINAS, CON AGRAVAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS TRAS SU INGESTA. NIEGA VÓMITOS, PÉRDIDA DE PESO O SANGRADO DIGESTIVO. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR LEVE EN EPIGASTRIO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. PLAN: SE INDICA MANTENER DIETA DE EXCLUSIÓN DE ALIMENTOS DESENCADENANTES. CONTINUAR CON TRATAMIENTO SINTOMÁTICO SI HAY RESPUESTA PARCIAL. REFERENCIAS GASTROENTEROLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DISPEPSIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	12:02	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

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
2025-09-11	12:02	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

