

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	TUAREZ	MARIA DOLORES	01	04	1990	36 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314016955	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	30 DE SEPTIEMBRE y SN	099-490-4534 / (09)-391-8206
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	1314016955	RESBALON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2026	05	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 36 años de edad que acude a consulta por cuadro clínico de aproximadamente 6 meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal intenso localizado en flanco izquierdo, de aparición progresiva, asociado a meteorismo, constipación y tenesmo rectal. Refiere además presencia de acolia y pérdida de peso no cuantificada en las últimas semanas. Como antecedente de importancia, menciona antecedente personal/familiar de cáncer colorrectal. Debido a la persistencia de la sintomatología, los signos de alarma presentes y el antecedente oncológico referido, se considera necesario realizar referencia al servicio de Gastroenterología para valoración especializada, estudio complementario y descarte de patología colorrectal.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS ESPECIFICADOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN	R198		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	13:10	Medicina Rural	MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA	1313690909	

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
2026-05-11	13:10	Medicina Rural	MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA	1313690909	