

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CEDEÑO	JOSE ALEJANDRO	19	03	2006	18 años, 10 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314513308	MANABI	CHONE	CANUTO	AVENIDA ELOY ALFARO y BARRIO POTRERILLO	096-155-8711 / (05)-269-5590
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	1314513308	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	01	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 85% ES TRAÍDO A CONSULTA POR LOS PADRES, LOS CUALES INDICAN QUE EL PACIENTE PRESENTA ESTREÑIMIENTO HASTA 3 DÍAS. INDICA QUE LLEVA TRATAMIENTO CON PRODUCTOS NATURALES SIN ENCONTRAR BUENOS RESULTADOS. INDICA QUE EL PACIENTE TOMA VARIOS MEDICAMENTOS PARA LA EPILEPSIA Y DESDE ENTONCES PRESENTA EL PROBLEMA CON LA CONSTIPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE PALPA ABDOMEN INTESITINOS LLENOS DE HECES FECALES. HIPERTIMPANISMO, RUIDOS HIDROAREOS LIGERAMENTE DISMINUIDOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	13:05	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-01-30	13:05	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

