

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAGUA	CUSME	JEFFERSON ALVARO	06	08	2009	16 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315755213	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MARIO LOOR y STALIN VERA	099-911-3452 / (99)-999-9999
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	1315755213	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	02	20
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 MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES DE DISCAPACIADAD INTELECTUAL DE 68% ESTREÑIMIENTO CRONICO TRATADO NORMOLAX 15 GOTAS CADA 48 HORAS DESDE HACE 16 AÑOS. ACUDE ACONSULTA CON SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES HA PASADO CON DOLORES ABDOMINALES ESPORADICOS EVA 8/10 MADRE REFIERE QUE HACE 6 DIAS LO LLEVO AL HOSPITAL GENERAL CHONE EL CUAL LE MANDARON A REALIZAR EXAMENES QUE REPORTAN TGO:127.10 U/L TGP:98.92 SE REALIZA PRUEBAS RAPIDAD PARA HEPATITIS B Y C EL REPORTA NO REACTIVO. AL EXAMEN FISICO IMPRECIONA DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN FRANCO DERECHO Y HIPOCONDRIO DERECHO. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA GASTROENTEROLOGIA PARA SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ELEVACION DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS O DESHIDROGENASA LACTICA [DHL]	R740		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-20	13:37	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-02-20	13:37	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

