

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MANZABA	MADELIN LISBETH	17	09	2009	16 años, 9 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315864445	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CAMARETA SANTA RITA y	096-712-4437 /
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	1315864445	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Gastroenterología	2026	07	13
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 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE GASTRITIS Y COLITIS CRONICA ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE, REFIERE CUADRO CLINICO CONTINUO CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE DISTENSION ABDOMINAL, MADRE INDICA ADEMÁS ANTECEDENTE DE QUISTES OVARICOS Y DISMENORREA DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD. AL MOMENTO NIEGA SINTOMATOLOGÍA, AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS AL MOMENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLITIS DE ETIOLOGIA INDETERMINADA	K523		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	12:01	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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 clínico

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
2026-07-13	12:01	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	