

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SUAREZ	KEVIN DAVID	30	08	2007	17 años, 11 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	1316605581	MANABI	CHONE	RICAUARTE	BARRIO EL VERGEL y	099-856-9820 /
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	1316605581	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	08	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 MASCULINO DE 17 AÑOS DE EDAD, ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL TIPO URENTE EN EPIGASTRIO ACOMPAÑADO DE DISTENSIÓN ABDOMINAL Y METEORISMO. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TÍMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE, *DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO*; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUSPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. INDICACIONES: MEDIDAS GENERALES, EJERCICIO FÍSICO 30 MINUTOS AL DÍA, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA SEGURA, LAVADO DE MANOS. PRESCRIPCIÓN: OMEPRAZOL 20 MG CADA DÍA 30 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 30 DÍAS, MAGALDRATO MÁS SIMETICONA (NO DISPONIBLE EN STOCK) 10 ML, 20 A 30 MINUTOS DESPUÉS DE LAS COMIDAS. SIGNOS DE ALARMA. PLAN: EXÁMENES DE LABORATORIO, CONTROL SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	21:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-13	21:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	