

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	ADRIAN SAMUEL	28	08	2007	17 años, 5 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300284276	MANABI	CHONE	RICAUARTE	LEVANTE y	098-087-2721 /
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	2300284276	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	27
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 DE 17 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU CUIDADORA POR CONTROL MEDICO GENERAL Y REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR Y MOLESTIAS AL REALIZAR DEPOSICIONES . ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: SINDROME DE DOWN + DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 75 % ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA. ALERGIAS NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES CLINICAS, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR DIFUSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA. MADRE DE PACIENTE REFIERE HABER SEGUIDO VARIOS TRATAMIENTOS SIN NINGUN RESULTADO POSITIVO. PLAN: REFERENCIA CON GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MADRE DE PACIENTE REFIERE CONSTIPACIO FRECUENTE, DOLOR AL REALIZAR LAS DEPOSICIONES .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	09:53	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-02-27	09:53	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

