

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

4443

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CS ROCAFUERTE

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1351885098

NÚMERO DE ARCHIVO

1351885098

PRIMER APELLIDO

VILLEGAS

LOOR

BORJA

PRIMER NOMBRE

EYKEL

SEGUNDO NOMBRE

ARELIS

SEXO

M

FECHA NACIMIENTO

2003-05-13

EDAD

22

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0992012975/0982689429

TIPO DE COBERTURA

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

MOTIVO

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutiva

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

ROCAFUERTE

PARROQUIA

ROCAFUERTE

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO HOSPITAL ESPECIALIDADES

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA - CHONE

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GASTROENTEROLOGÍA

S (S ubjetivo):Pac iente femenina de 22 años de edad que acude a consulta por constipación crónica de aproximadamente 7 años de evolución. Refiere evacuaciones con escala de Bristol tipo 3, requiriendo uso de medicación laxante una vez por semana, posterior a la cual presenta evacuaciones Bristol tipo 7. Menciona que si no consume la medicación no logra defecar. Asocia dolor abdominal tipo cólico localizado en marco colónico, con predominio en colon izquierdo, además de distensión abdominal. Niega otros datos de alarma (no referidos).O (Objetivo):Paciente consciente, orientada, en aparente buen estado general.Abdomen: distendido, con dolor a la palpación en marco colónico izquierdo (según refiere).Evacuaciones dependientes de laxantes.A (Valoración / Diagnóstico presuntivo):Constipación crónica funcional, A descartar síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento,Usó crónico/intermitente de laxantes,Dolor abdominal funcional. P (Plan):Referencia a Gastroenterología para valoración especializada y seguimiento.Considerar estudios complementarios según criterio del especialista.Educación sobre hábitos intestinales, dieta rica en fibra y adecuada ingesta hídrica (a reforzar en seguimiento).Evitar automedicación y uso indiscriminado de laxantes hasta nueva valoración.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

1.

2.

3.

S INDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA

CONS TIPACION

CIE

K589

K590

PRE

X

X

DEF

CIE

PRE

DEF

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

12/01/2026

HORA (hh:mm)

10:50 AM

PRIMER NOMBRE

LEIDY

PRIMER APELLIDO

MANZO

SEGUNDO APELLIDO

MOREIRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1310900947

FIRMA

SELLO

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

1.

2.

3.

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA