

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		CÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO				
VSP		1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1313133827			1313133827				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
VILLACRESES	ZAMBRANO	JOSE		PAUL	M	30/07/89	35	H	D	M	A		
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐					
0990585281				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		☐					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.		☐					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		☐					
MANABI	BOLIVAR	CALCETA		4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutoria		☒					
				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
VSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS APP PANCREATITIS A LOS 11 AÑOS, HIPOTIROIDISMO HACE 5 AÑOS PARA LO QUE RECIBIO TTO CON LEVOTIROXINA YA EN RESOLUCION Y SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGIA PARTICULAR APOX CISTOSCOPIA PARA EXTRACCION DE POLIPO VESICAL, APP HTA MADRE, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO PUNZANTE EN FLANCO IZQUIERDO, DISPEPSIA Y SENSACION DE DISTENSION ABDOMINAL, NO REFIERE ESTREÑIMIENTO, NI DIARREAS, ADEMAS EN EL ULTIMO MES REFIERE RECTORRAGIA LUEGO DE LA DEPOSICION EN 2 OCASIONES CON SENSACION URENTE EN REGION ANAL, EN SEGUIMIENTO CON GASTROENTEROLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TRATAMIENTO: DEXLANTOPRAZOL 30 MG QD, LEVOSULPİRIDA 25 MG, DOBESILATO DE CALCIO 4%+CHOLHIDRATO DE LIDOCAINA 2%	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESENTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1	ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA			K929		X			
2	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, SIN COMPLICACION			I849	X				
3									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (AAAA-MM-DD)	FECHA (AAAA-MM-DD)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/01/25	12:00:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO
NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310505687				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐