



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Ricaurte	CS	1304526088								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Moreira	Solorzano	Maria	Auxiliadora	M	15-06-1957	67	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0000000000		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Gastroenterología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE COLITIS Y GASTRITIS CRÓNICA- QUIEN HA RECIBIDO MANEJO FARMACOLÓGICO PREVIO SIN RESPUESTA CLÍNICA SATISFACTORIA; ACTUALMENTE REFIERA AUMENTO PROGRESIVO DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES- CON PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN HIPOGASTRIO Y EPIGASTRIO- DISTENSIÓN ABDOMINAL- PIROSIS- NÁUSEAS Y EPISODIOS FRECUENTES DE ESTREÑIMIENTO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ABDOMEN LEVEMENTE DISTENDIDO- RUIDOS HIDROAÉREOS HIPOACTIVOS- SENSIBILIDAD DIFUSA A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA- SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CRÓNICA Y AGRAVAMIENTO DEL CUADRO CLÍNICO- SE CONSIDERA NECESARIA LA REFERENCIA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS Y VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE COLITIS Y GASTRITIS CRÓNICA- QUIEN HA RECIBIDO MANEJO FARMACOLÓGICO PREVIO SIN RESPUESTA CLÍNICA SATISFACTORIA; ACTUALMENTE REFIERA AUMENTO PROGRESIVO DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES- CON PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN HIPOGASTRIO Y EPIGASTRIO- DISTENSIÓN ABDOMINAL- PIROSIS- NÁUSEAS Y EPISODIOS FRECUENTES DE ESTREÑIMIENTO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ABDOMEN LEVEMENTE DISTENDIDO- RUIDOS HIDROAÉREOS HIPOACTIVOS- SENSIBILIDAD DIFUSA A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA- SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CRÓNICA Y AGRAVAMIENTO DEL CUADRO CLÍNICO- SE CONSIDERA NECESARIA LA REFERENCIA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS Y VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Colitis Y Gastroenteritis No Infecciosas No Especificadas	K529	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-14	02:25	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311538662				

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. DIAGNÓSTICOPRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

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		