



| 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                                                         |  | 001415           | Centro De Salud Tipo C Tosagua |                                  | CS-C      | 1303783730                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Diaz                                                        |  | Ortega           |                                | Vicenta                          |           | Isidra                             |  | M                                                       | 01-04-1959        | 66   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                |                                  |           |                                    |  |                                                         |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| 0989794251                                                  |  |                  |                                | X                                |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                   |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                                | CANTÓN                           |           | PARROQUIA                          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                                | 1315                             |           | 131550                             |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                    |  | X                                                       |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                 |  |                  |  |                   |  |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD        |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD      |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Miguel Alcivar |  | Consulta Externa |  | Gastroenterologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE SIN APP CONOCIDOS- ACUDE POR REFERIR DOLOR ABDOMINAL DE LARGA DATA ACOMPAÑADO DE ESTREÑIMIENTO- AL MOMENTO MENCIONA QUE SE ENCUENTRA TOMANDO FIBRA Y QUENO HA LOGRADO REALIZAR LA DEPOSICIÓN ACUDE ADEMÁS CON ECOGRAFIA LA QUE REVELA ABUNDANTES GASES- ACUDE TAMBIÉN CON LABORATORIOS POR AMILASA- LIPASA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. PACIENTE EL DÍA DE HOY ACUDE MANIFESTANDO QUE A PESAR DE TRATAMIENTO A BASE DE FIBRA NO MEJORA TRANSITO INTESTINA Y PRESENTA DOLOR EN FLANCOIZQUIERDO Y A NIVEL DE ANO AL DEFECAR.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NINGUNO                                                           |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                          | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Enfermedad Diverticular Del Intestino Delgado Sin Perforacion Ni Absceso |                                    | K571 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             | Hemorroides, Sin Otra Especificacion                                     |                                    | K649 |     | X   | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                                          |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-09-11                            | 08:16        |               |  |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |