



| 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           | Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes | HB                        | 1351885098                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                            | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Villegas                                                    | Borja            | Eykel                                    | Arelis                    | M                                | 13-05-2003                         | 22                                                      | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                               |                           | X                                | DERIVACIÓN                         |                                                         |                         |   |   |   |  |
| O992012975/0982689429                                       |                  | 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                                                          | 1312             | 131250                                   | 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 | Gastroenterologia |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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-USOCRÓNICO/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 |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| NA                                                                |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                            | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Síndrome Del Colon Irritable Sin Diarrea   |                                    | K589 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             | Trastorno Vascular Agudo De Los Intestinos |                                    | K550 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                            |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-15                            | 09:10        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |