



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	0908825953								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Carreño	Sanchez	Orlanda	Victoriana	M	14-12-1963	62	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
O962845701/0991307533		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
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 ? SUBJETIVO PACIENTE FEMENINA DE 78 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA PARA REVISIÓN DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA.REFIERE ALTERACIÓN CRÓNICA DEL HÁBITO INTESTINAL DE APROXIMADAMENTE 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN- CON CAMBIOS EN LA FORMA Y CONSISTENCIA DE LAS HECES BRISTOL 3 ? 7: EN OCASIONES DURAS Y EN OTRAS TIPO BRISTOL 1 Y 6- ASOCIADO A DISTENSIÓN ABDOMINAL Y DOLOR EN MARCO COLÓNICO.MENCIONA HABER SIDO TRATADA PREVIAMENTE POR MÚLTIPLES MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- SIN MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA- MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.O ? OBJETIVO IMAGENOLOGÍA: HÍGADO: ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO I. RIÑÓN DERECHO: MICRO LITIASIS RENAL - 3 MM.NO CUENTA CON EXÁMENES DE LABORATORIO AL MOMENTO DE LA CONSULTA.A ? ANÁLISIS / IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA TRASTORNO CRÓNICO DEL HÁBITO INTESTINAL DE LARGA EVOLUCIÓN- SOSPECHA DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE TIPO MIXTO.DESCAARTAR PATOLOGÍA ORGÁNICA (NEOPLASIA- ENFERMEDAD INFLAMATORIA- DIVERTICULAR)- DADO EDAD Y EVOLUCIÓN. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y DISTENSIÓN ABDOMINAL- PROBABLE ORIGEN COLÓNICO.ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO I- INCIDENTAL.MICROLITIASIS RENAL DERECHA- SIN DATOS DE COMPLICACIÓN ACTUAL.P ? PLAN: REFERENCIA A GASTROENTEROLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y SEGUIMIENTO INTEGRAL. MEDIDAS GENERALES DIETA CON FIBRA SOLUBLE DE FORMA PROGRESIVA.HIDRATACIÓN ADECUADA EVITAR AUTOMEDICACIÓN Y AINES. EDUCACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA (SANGRADO- PÉRDIDA DE PESO- ANEMIA- DOLOR PROGRESIVO).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Sindrome Del Colon Irritable Con Diarrea		K580	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-15	10:26	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 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	