



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	1312183005									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Velez	Pin	Maria	Fernanda	M	23-03-1986	39	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0979834924		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
EDAD: 39 AÑOS . ALERGIAS : NO REFIERE. GRUPO SANGUINEO: ??. APP: COLON IRRITABLE - GASTRITIS TRATAMIENTO CON BUENOX -MUVETT / INFECCIONES DE VIAS URINARIAS A REPETICIÓN. APF: NO REFIERE. APQ: APENDICECTOMIA - LIGADURA. AGO: MENARQUIA: 14 AÑOS . CICLOS MENSTRUALES : REGULARES 28X2 FLUJO NORMAL. DISMENORREA: S I 3/10 S INDROME PREMENS TRUAL. PAP TEST:HACE 6 MESES (NORMAL/INFLAMACION) PF: LIGADURA. GESTAS 4 PARTOS 4 CESAREAS 0 ABORTOS 0. FUM: 01/03/2025. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL- INTERMITENTE- DE TIPO PUNZANTE- EVA 8/10- DE PREDOMINIO EN HIPOGASTRIO- REFIERE LEVES MOLESTIAS URINARIAS (REFIERE ANTECEDENTE DE MICROLITIASIS)- NIEGA SECRECION VAGINAL. SE ENVIA ECOGRAFIA Y EXAMENES - SE ENVIA PARACETAMOL Y MULTIVITAMINAS EN ESPERA DE ECO PARA VOLVER A VALORAR. PACIENTE ACUDE A CONTROL EL DIA DE HOY PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL- TIPO COLICO- QUE ACUSA A GASES - EN EPIGASTRIO- REFIERE QUE ANTES DE MENSTRUACION REFIERE COMEZON IMPORTANTE- NIEGA MOLESTIAS URINARIAS - NIEGA SECRECION VAGINAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Infeccion De Vias Urinarias Sitio No Especificado		N390	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-16	11:06	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	