

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	INTRIAGO	MARIANA DE JESUS	16	10	1945	80 años, 0 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0900211392	MANABI	CHONE	RICAUORTE	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	095-991-0215 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0900211392	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	11	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 80 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE ALERGIAS: PENICILINAS ??? APF: NO REFIERE APQ: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HEMIABDOMEN INFERIOR TIPO OPRESIVO EVA 7/10, COLURIA Y MAL OLOR EN LA ORINA. PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO Y DIARREA LIQUIDA (MINIMO 4 VECES AL DIA) DE LARGA EVOLUCION. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RS HS PRESENTES AUMENTADOS, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN PUNTOS URETERALES; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. DIGERIL 6. ANALGESIA 7. SULFAMETOXAZOL 800 MG + TRIMETOPRIMA 160 MG BID POR 7 DIAS 8. REFERENCIA GASTROENTEROLOGIA 9. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 80 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE ALERGIAS: PENICILINAS ??? APF: NO REFIERE APQ: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HEMIABDOMEN INFERIOR TIPO OPRESIVO EVA 7/10, COLURIA Y MAL OLOR EN LA ORINA. PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO Y DIARREA LIQUIDA (MINIMO 4 VECES AL DIA) DE LARGA EVOLUCION. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES AUMENTADOS, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN PUNTOS URETERALES; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. HIDRATACION 5. DIGERIL 6. ANALGESIA 7. SULFAMETOXAZOL 800 MG + TRIMETOPRIMA 160 MG BID POR 7 DIAS 8. REFERENCIA GASTROENTEROLOGIA 9. CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	K529	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	15:59	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	15:59	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	