

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

4443

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CS ROCAFUERTE

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

0908825953

NÚMERO DE ARCHIVO

0908825953

PRIMER APELLIDO

CARREÑO

LOOR

SANCHEZ

PRIMER NOMBRE

ORLANDA

SEGUNDO NOMBRE

VICTORIANA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

1963-12-14

EDAD

62

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0962845701/0991307533

TIPO DE COBERTURA

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

MOTIVO

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

ROCAFUERTE

PARROQUIA

ROCAFUERTE

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO HOSPITAL ESPECIALIDADES

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA - CHONE

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GASTROENTEROLOGÍA

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 mejoría 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.Descartar 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

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA

K580

X

4.

2.

DEGENERACIÓN GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

K760

X

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

13/01/2026

HORA (hh-mm)

10:50 AM

PRIMER NOMBRE

LEIDY

PRIMER APELLIDO

MANZO

SEGUNDO APELLIDO

MOREIRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1310900947

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 DEF= DEFINITIVO

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

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA