

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1411	H. NATHALIA HUERTA DE NEMES	B	1301830186							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
LLERENA	ZAMBRANO	PUBLIA	MERCEDES	F	04/04/1952	73.	58	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
988742431		IESS CAMPESINO	MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.						X			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.						X		
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.						X		
			4. Equipos en mal estado.						X		
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE HIPERTENSION ARTERIAL, GASTRITIS CRONICA, OSTEOPOROSIS, ARTRITIS, ARTROSIS, REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES MADRE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA NO REFIERE ALERGIAS, ANTECEDENTES QUIRURGICOS CESAREAS, APENDICEPTOMIA, PROTESIS DE AMBAS RODILLAS

ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIAS QUE EMPEORAN CON EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS PARA SUS PATOLOGIAS REUMATOLOGICAS, REFLUJO GASTROESOFAGICO, SENSACION DE LLENURA, GASES, PERDIDA DEL APETITO

REFIERE HABERSE REALZIADO 2 ENDOSCOPIAS HACE ALGUNOS AÑOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE TRAE CONSIGO EXAMENES ACTUALIZADOS JUNTO A ECOGRAFIA N

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	COLITIS ULCERATIVA SIN OTRA ESPECIFICACION	K519		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
22/10/2025	12:00	FANNY	VASQUEZ	SOLORZANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310630817				

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 TERAPEUTICOS 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		

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA