

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MERO	NORBERTO SALUSTIANO	21	05	1954	71 años, 5 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302113525	MANABI	CHONE	CANUTO	OLLA VIEJA y	099-358-6674 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302113525	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	10	28
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 MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD, ACUDE POR REFERENCIA DE CONSULTA POR UN CUADRO CLÍNICO DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DE TIPO CÓLICO EN EL MÁRGEN COLÓNICO, CON UNA ESCALA VISUAL DEL DOLOR (EVA) DE 8/10, SIN IRRADIACIÓN. PRESENTA ADICIONALMENTE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. EL FAMILIAR INFORMA QUE EL PACIENTE FUE EVALUADO POR UN ESPECIALISTA PARTICULAR, QUIEN INICIÓ TRATAMIENTO CON COLYPAN PLUS Y LACTULOSA, LO CUAL RESULTÓ EN UNA LEVE MEJORA, PERO EL DOLOR ABDOMINAL PERSISTE Y NO TIENE LOS MEDIOS PARA SEGUIR ATENDIENDOSE DE MANERA PARTICULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX QUE REPORTA: DISTENSIÓN DE ASAS INTESTINALES POR AUMENTO DE GAS, COMPATIBLE CON ÍLEO O TRÁNSITO ENLENTECIDO. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS RADIOLÓGICOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMPLETA NI NEUMOPERITONEO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	K589	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	16:05	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2025-10-28	16:05	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

