

I. DATOS DEL

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	MARIA TERESA	13	04	1961	63 años, 9 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303097966	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVE CARLOS ALBERTO ARAY y CALLE CHIMBORAZO	099-1608-374
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	1303097966	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterologia	2025	01	29

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad☒

Saturación capacidad☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☐

Falta de☐

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS DE EDAD APP: HTA, DM, SECUELAS DE ACV, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN ACOMPAÑADO POR DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO/RETORTIJÓN QUE SE ALIVIA CON LA EVACUACIÓN, HA PRESENTADO DIARREA PERSISTENTE QUE NO ALIVIA CON TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO O ENTEROGERMINA QUE HA TOMADO DURANTE ESTE TIEMPO DE EVOLUCIÓN. LA PACIENTE MENCIONA QUE CUANDO COMIENZA EL DOLOR ABDOMINAL COMIENZAN SUS DEPOSICIONES DIARREICAS. SE REALIZA DE FORMA PARTICULAR UN COPROPARASITARIO (RESULTADOS NEGATIVOS),

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LEU: 7.79 HB: 15.2 HCTO: 45 LINF: 21.1 MONOCITOS: 6.2 GLUC: 218 TRIGLICERIDOS: 204 ACD URICO: 4.1 UREA: 19 CREA: 0.63 TGO: 17 TGP: 25 COPRO: SANGRE OCULTA EN HECES: POSITIVO ROTAVIRUS: NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA	K580		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	10:52	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

