

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	GEORGINA DORALIZA	03	06	1967	58 años, 3 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305216044	MANABI	CHONE	RICAURTE	RIO SANTO y	000-000-0000 /
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	1305216044	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	09	17
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

ADULTA MADURA QUE ACUDE CON ANTECEDENTES DE HTA DESDE HACE 2 AÑOS DE EVOLUCION TRATADA CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 20 AÑOS TRATADA ACTUALMENTE CON METFORMINA 850 MG CADA DIA PACIETE INDICA QUE HA VENIDO SUFRIENDO CUADDROS DE ANEMIA SEVERA QUE HAN LLEGADO A LAS TRANSFUCIONES. SIN EMBARGO NO VE MEJORIA EN SU CUADRO CLINICO ACTUUALMENTE PACIENTE SE RPESENTA PALIDA REFIERE CANSANCIO EXTREMO DIFICULTAD PARA CAMINAR, MALESTAR GENERAL. ACUDE CON EXAMNES DE LABORATORIO DONDE SE OBSERVA UNA ANEMIA MODERADA UNA FUNCION RENAL DISMINUIDA CON UN FILTRADO GLOMERULAR DE 25.6 ML POR LO CUAL SE DECIDE CAMBIAR TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRONICAS. SE INICIA INSULINA Y AMLODIPINO 10 MG

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Negativo PCR Cualitativo Negativo COPROLOGICO: COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO Color Negro Consistencia Pastosa EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos No se observan parásitos Método: Microscopía Helicobacter Pylori en Heces Positivo Método: Inmunocaptura Sangre Oculta en Heces Negativo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 3.05 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 8.9 g/dL 13 - 17 Hematocrito 27.6 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 90.6 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.8 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 45.6 μm³ Plaquetas 240 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.28 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 11.5 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 15.9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 86 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 35.9 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.55 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 33.4 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 51.3 % 55 - 65 Monocitos (%) 7.2 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 7.5 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.6 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.86 10³/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.38 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.62 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.64 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10³/μL 0 - 0.2 EMO: ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1015 pH 5.0 Leuco 75 Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 18 - 24 / Campo Píocitos 30 - 35 / Campo Células Epiteliales 4 - 7 / Campo Bacterias +++++ GLUCOSA: Glucosa 150.8 mg/dL 70 - 110 Urea 127.27 mg/dL 10 - 50 Creatinina 2.08 mg/dL 0.6 - 1.1 Colesterol 272.3 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 423.4 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 23.86 U/L 0 - 31 TGP/ALT 60.05 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	C189	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-17	10:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-09-17	10:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	