

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| MOREIRA          | VILLAVICENCIO    | YANETH CECIBEL | 12                  | 05  | 1968 | 57 años, 11 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305471938        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | BOYACA y TARQUI              | 099-682-9294 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1305471938      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 04  | 29  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE CON LABORATORIO LLAMA LA ATENCION TGO 49.1 TGP 21.4 AMILASA 93 VN 22 A 86 /// VISTA POR COLON IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO EL MES ANTERIOR, SE ENVIO LABORATORIO DESCRITO ADEMÁS ECOGRAFIA QUE MEUESTRA GRASA PERIPANCREÁTICA, SE ENVIA A GASTROENTEROLOGIA POR MOTIVOS DE QUE PACIENTE NO QUIERE SER MANEJADA ENPRIMER NIVEL. SE TRATÒ CON LA SIGUIENTE MEDICACION LA CUAL TAMPOCO TOMÒ: TRIMEBUTINA/SIMETICONA TABLETA 200/120 MG (MUVET S) TOMAR UNA CADA 12H POR 15 DÌAS, #30-----Biofit Fibra Sabor Fresa 300 Gr, TOMAR DOS CUCHARADAS CON LECHE DESLACTOSADA O AGUA. UNA VEZ AL DÌA. #1-----POLIENTIGLICOL SOBRE, TOMAR EN CASO DE ESTREÑIMIENTO (NEOLAX SOBRE) 1 SOBRE 8 PM POR 3 A 5 DÌAS, SUSPENDER TRAS DEPOSICIONES. ----- SE ACONSEJA MEJORAR SUEÑO Y EVITAR ESTRÉS. NO COMER MÁS DE 6 DE LA TARDE. -----NO VEGETALES VERDES, NO FRITURAS, NO COMIDA CHATARRA. DISMINUIR CARBOHIDRATADOS. 0996829294

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-04-29 | 11:51 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-04-29 | 11:51 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

