

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VILLAVICENCIO	YANETH CECIBEL	12	05	1968	58 años, 0 meses, 22 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	06	03
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 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 jacemovil68@gmail.com

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
2026-06-03	09:17	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
2026-06-03	09:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

