

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MUÑOZ	MARIA DE LA LAJAS	12	10	1968	55 años, 11 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306202365	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	RIO GRANDE y	095-883-5030 /
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	1306202365	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	10	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

DEPOSICIONES
DIARREICAS 8
MESES DE
EVOLUCIÓN

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DM2 MEDICADA CON LOSARTAN 50 MG Y VIDALGLIPTIINA/METF 50/850 MG, QUE ACUDE POR DEPOSICIONES BLANDAS DE 10 MESES DE EVOLUCIÓN CON AUMENTO DE FRECUENCIA, BRISTOL 5-6 PRECEDIDO DE DOLOR ABDOMINAL POSTERIOR A LA INGESTA DE CUALQUIER TIPO DE COMIDA, SE HA REALIZADO ESTUDIOS DENTRO DE LO QUE DESTACAN H PYLORI EN HECES NEGATIVO,(INFORMA PACIENTE NO TRAE EVIDENCIA) COLONOSCOPIA INFORMA: ILEOSCOPIA DISTAL NORMAL, HEMORROIDES INTERNAS GRADO 1 BIOPSIA INFORMA: ILEON DISTAL: ILEÍTIS CRÓNICA INESPECÍFICA CON EROSIÓN FOCAL. MUCOSA DE CIEGO Y COLON DESCENDENTE: COLITIS CRÓNICA MODERA INESPECIFICA CON EROSION FOCAL, BIOPSIA DE RECTO: PROCTITIS CRÓNICA INTENSA INESPECÍFICA CON EROSIÓN PARCIAL, PACIENTE CON PÉRDIDA DE PESO. SE ENVIA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO LO INFORMA EN CUADRO CLÍNICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLITIS DE ETIOLOGIA INDETERMINADA	K523		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	10:19	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
2024-10-09	10:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	