

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HRAAGA		0	1308115839		1308115839	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
INTRIAGO		FAULA		GERMANO		SICERON	M	04/12/1973	15
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
084311930					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			☐ 1. Acontecimiento geográfico ☐ 2. Faltas de espacio físico ☐ 3. Faltas de equipamiento ☐ 4. Faltas de capacitación ☐ 5. Problemas de infraestructura				
00000	00000	000000			☐ 6. Problemas de almacenamiento ☐ 7. Problemas de organización ☐ 8. Problemas de capacidad instalada ☐ 9. Ausencia de la prestación en la categoría de servicios				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLÓGICA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASculino SIN APP DE IMPORTANCIA QUE CURSA CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 8 MESES QUE SE EXACERBA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO DE TIPO ARDOR CON EVA DE 8-10 Y QUE SE ACOMPAÑA DE METEORISMO. REFIERE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DEPOSICIONES DIARREICAS DE COLORACIÓN COLORICAS + HEMATEMESIS CON CONTENIDO POCO ALIMENTICIO. ADEMÁS SE EVIDENCIA PÉRDIDA DE PESO DE 8-10 KILOS EN LAS ÚLTIMAS 8 SEMANAS. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO. SE SOLICITA ESTUDIOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJARATAMENTO. PACIENTE QUE MANTIENE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO CON FIEBRE Y ESCALOFRÍOS INTERMITENTE. ADEMÁS DIARREAS DE 7 DÍAS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
COLONOSCOPIA COLON ULCERA EN EL CIEGO	

E. DIAGNÓSTICO	
ENFERMEDAD DE CIEGO DEL BÍFIDO DEL CIEGO	☒ K500 ☐ A ☐ B ☐ C

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (AAAA-MM-DD)	NÚMERO (000000)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-06	12400	MARCO	CEDEÑO
131155067		FIRMA	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA	☐	REFERENCIA INVERSA	☐

H. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

M. DIAGNÓSTICO	
ENFERMEDAD DE CIEGO DEL BÍFIDO DEL CIEGO	☒ K500 ☐ A ☐ B ☐ C

N. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (AAAA-MM-DD)	NÚMERO (000000)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO