

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ALMEIDA	JUAN FRANCISCO	24	06	1977	48 años, 10 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309581476	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	PLATANALES y	098-703-6714 /
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	1309581476	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	05	18
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

HOMBRE DE 48 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA 48% CON ANTECEDENTES DE PANCOLITIS ULCERATIVA CRONICA E HIPERTENSION ARTERIAL MAS LITIASIS RENAL ACUDE A CONTROL DE SALUD REFIERE CUADROS ESPORADICOS DE DOLOR EN ZONA LUMBAR, POR ANTECEDENTE DE LITIASIS RENAL CON USO DE PAÑAL DIARIO POR DEPOSICIONES LIQUIDAS . AL EXAMEN FISICO; ABDOMEN NO DOLOROSO DEPRESIBLE, RHA PRESENTES EXAMEN POSTERIOR GIORDANO POSITIVO SIGNOS VITALES TA 128/80MMHG FC 93 IMC 22 AL MOMENTO NORMOTENSO CON PERSISTENCIA DE DEPOSICIONES , ESCALA DE BRISTOL TIPO 7 Y DOLOR EN ZONA LUMBAR EVA 7/10

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABORATORIOS BHC LEUCO 24, HB 8,9G/DL HCTO 29,7 MCV 65 MCH 19 PLAQUETAS 627 QUIMICA UREA 32MG/DL CREATININA 1,37 TFG 64ml/min/173.m2 ECO RENAL CON ID LITIASIS RENAL BILATERAL + PIELOECTASIA RENAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PANCOLITIS ULCERATIVA (CRONICA)	K510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-18	12:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-05-18	12:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	