

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	HBAGA		B	1310935299		1310935299	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO		SOLORZANO		ADRIANA		YULISA		M	26/9/1981
CANDELARIA				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0958835783				X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA				
		MANABI		BOLIVAR	CALCETA				

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD, CUIDADORA DE PCD ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO QUE PRESENTA DISTENSIÓN ABDOMINAL, DOLOR Y FLATULENCIAS. ADEMÁS REFIERE EN 2 OCASIONES CUADROS DE DOLOR ABDOMINAL MODERADO A NIVEL DE HIPOCÓNDRIO DERECHO CON VÓMITOS Y SÍNTOMAS GASTROINTENTINALES ADEMÁS COMENTA QUE PRESENTA DOLOR A NIVEL EN ZONA LUMBAR. ECOGRAFÍA ABDOMINAL: SE OBSERVA ESTEATOSIS HEPÁTICA LEVE MICROLITIASIS COLITIS CON DIFERENTES TRATAMIENTO Y NO MEJORA POR LO QUE SE DECIDE VALORACIÓN POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	COLITIS DEL LADO IZQUIERDO		K515	X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2026-02-11	10H00	MARCO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1311550667			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	