

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP			hospital Natalia Huerta Niemes			1312541251		1312541251						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GILER		VELEZ		CARMEN		MARIUXI		F	12/07/87	38	H	D	M	A
					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐					
0998581684										MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.					☐				
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.					☐				
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.					☐				
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.					☐				
MANABI					5. Problemas de infraestructura.					☐				
					6. Problemas de abastecimiento.					☐				
					7. Insuficiencia de profesionales.					☐				
					8. Inadecuada capacidad resolutive					☐				
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					☒				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD PRESENTA DESDE HACE 3 MESES DOLOR PESADEZ A NIVEL DE ANO-RECTO, ACOMPAÑADO DE FLATULENCIAS, DISTENSION ABDOMINAL, COLICOS INTESTINALES, RECTORRAGIA Y HECES FINA. CON ANTECEDENTES DE ESTREÑIMIENTO CRONICO. RECURRE AREALIZAR ENEMAS CADA 4 DIAS PARA ALIVIAR DICHSO SINTOMAS. SE SUGIERE VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA		K589	☒				
3.	HEMORRAGIA DEL ANO Y DEL RECTO		K625	☒				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/01/06	11H30			CUADRADO		GAMBOA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA AUTOGRAFADA POR RUTH H. ALEJANDRINA CUADRADO GAMBOA				SELLO	
910337450							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
------------------------	----	--	----	--	------------------------	----	--	----	--

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	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		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	