

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP		1410	HBAGA	B	1312775552	1312775552
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO
LOOR		NAVARRETE		ELBA	AUXILIADORA	F
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		
DIRECCIÓN		1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico		5. Problemas de abastecimiento		
PROVINCIA	CANTÓN	3. Falta de equipamiento		7. Insuficiencia de profesionales		
PAROQUE	ESQUEL	4. Equipo en mal estado		8. Insuficiente capacidad reactiva		
CALLE	CALLE	5. Problemas de infraestructura		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 DE ESPECIALIDADES	CONSTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGICA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN EPIGASTRIO NOS REFIERE QUE HACE 2 AÑOS ESTUVO HOSPITALIZADA POR SANGRAMIENTO DIGESTIVO BAJO Y CONSTIPACION LA CUAL SE LE REALIZA VCC EVIDENCIANDO: HEMORROIDES INTERNAS CONGESTIVAS CON ESTIGMA DE SANGRADO RECIENTE Y A NIVEL DE CIEGO MUCOSA ERITEMATOSA. SE TOMAN BIOPSIAS SEGMENTARIAS: FOCOS DE INFLAMACION CRONICA LEVE, NO CAMBIOS NEOPLASICOS MALIGNOS. EN TTO CONTUMAX+VEDIPAL+HEMOR PLUS. VEDA: NORMAL AL MOMENTO SIN EVIDENCIA DE SANGRADO ACTIVO. TTO: CONTUMAX SOBRES HS+ MUVETT-S BID+ SUPRIMAL BID+VEDIPAL 1GR QD POR LO QUE REALIZA DEPOSICIONES PASTOSAS Y CONTINUA CON EL DOLOR AL MOMENTO PRESENTA IRRITABILIDAD TRASTORNO DEL SUEÑO POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE-EXISTENTE	CONF. EXISTENTE	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	GASTRODUCENTIS, NO ESPECIFICADA			K299	X				
2.	SÍNDROME DEL COLÓN IRRITABLE CON DIARREA			K580	X				
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-09-30	11:00	MARCO	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550957				

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	TIPOLOGÍA	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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE-EXISTENTE	CONF. EXISTENTE	CE	PRE	DEF	CE	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