

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			1313034488		1313034488							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ZAMORA		CALDERON		GEMA		YULIANA		F	13/09/91	34	H	D	M	A	
					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	N							
992544624										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.					X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR ESTREÑIMIENTO, REALIZA LAS DEPOSICIONES CADA 5 DIAS QUE TIENE INICIO DESDE USO PERMANENTE DE SONDA VESICAL, ACOMPAÑADO DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO QUE SE ACENTUA MAS A NIVEL HIPOGASTRICO, DESDE HACE DOS MESES PRESENTÓ RECTORRAGIA, DOLOR TIPO ARDOR, PRURITO EN REGION ANAL. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA ENGROSAMIENTO Y ENROGECIMIENTO DE DICHA ZONA. A NIVEL DE ABDOMEN A LA PALPACION MARCO COLONICO DOLOROSO Y PUNTO URETERALES INFERIORES POSITIVOS . APP: ESPINA BIFIDA Y VEJIGA NEUROGENICA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	COLITIS DE ETIOLOGIA INDETERMINADA		K523		X			
3.	HEMORROIDES INTERNAS SIN COMPLICACION		I842		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/04/2026	10H00	RUTH		CUADRADO	GAMBOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
910337450		RUTH ALEJANDRINA CUADRADO GAMBOA			

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	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