

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							
992544624								MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							
MANABI	ROCAFUERTE		ROCAFUERTE					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 CLINICO
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 SONTA 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	OE	PRE	DEF	OE	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
08/05/26	10:00	RUTH 	CUADRADO	GAMBOA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA Firmado electrónicamente por:		SELLO
910337450		RUTH-ALEJANDRINA CUADRADO GAMBOA Validar únicamente con FirmaEC		

[illegible]

11

11

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO								
	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	OIE	PRE		OIE	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	