

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	1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1313133827	1313133827						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
VILLACRESES	ZAMBRANO	JOSE	PAUL	M	30/07/89	35	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0990585281		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva				
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
			5. Problemas de infraestructura.								

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 MASCULINO DE 35 AÑOS APP PANCREATITIS A LOS 11 AÑOS, HIPOTIROIDISMO HACE 5 AÑOS PARA LO QUE RECIBIO TTO CON LEVOTIROXINA YA EN RESOLUCION Y SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGIA PARTICULAR APQX CISTOSCOPIA PARA EXTRACCION DE POLIPO VESICAL, APF HTA MADRE, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO PUNZANTE EN FLANCO IZQUIERDO, DISPEPSIA Y SENSACION DE DISTENSION ABDOMINAL, NO REFIERE ESTREÑIMIENTO, NI DIARREAS, ADEMAS EN EL ULTIMO MES REFIERE RECTORRAGIA LUEGO DE LA DEPOSICION EN 2 OCASIONES CON SENSACION URENTE EN REGION ANAL, EN SEGUIMIENTO CON GASTROENTEROLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTO: DEXLANTOPRAZOL 30 MG QD, LEVOSULPIRIDA 25 MG, DOBESILATO DE CALCIO 4%+CHOLHIDRATO DE LIDOCAINA 2%

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA		K929		X	4.			
2.	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, SIN COMPLICACION		I849	X		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/01/25	12:00:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310605587				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐