

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	SOLORZANO	ANGELA ANDREA	30	11	1974	50 años, 7 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313144147	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	VIA MANTA QUEVEDO y	093-918-0437 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313144147	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Cirugía General	2025	07	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 50 años de edad, sexo femenina con antecedentes de Discapacidad Psicosocial 75% + Síndrome de Down + Conducta agresiva con trastornos de ansiedad para lo cual recibe tratamiento con clonazepan 2,5mg/ml 10 gotas via oral cada 12 horas + Risperidona 1mg/ml 22 gotas cada 12 horas. + Quetiapina 100mg QD-PM + Sertralina 50mg QD-AM. Colostomia funcional donde se evidencia anillo herniario de mas menos 5x5cm que protruye al exterior causando dolor y sepsis a repetición por tal motivo se refiere a especialidad.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFUNCION DE COLOSTOMIA O ENTEROSTOMIA	K914		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	18:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	18:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	