

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	VERA	MARIA ELOISA	18	06	1986	39 años, 1 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313356394	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROOGA y	096-872-8378 /
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	1313356394	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2025	08	04	
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

MUJER DE 39 AÑOS, APP: ANSIEDAD Y DEPRESION EN ANTERIOR SEGUIMIENTO CON PSIQUIATRIA CON INDICACION DE CLONAZEPAM 7 GOTAS PM, ESCITALOPRAM 5MG PM APQX: NO REFIERE, APF: HIPOTIROIDISMO HERMANA, ALERGIAS BACTRIM(SULFAMETOXAZOL), ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CONTROL. CON LABORATORIO DEL 18/06/25 H. PYLORI NEGATIVO POSTERIOR A TRATAMIENTO PRIMERA LINEA PARA ERRADICACION. CON CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL A NIVEL MESOGASTRIO DE EVA DE 7/10 TIPO COLICO, QUE SE IRRADIA A REGION FLANCO IZQUIERDO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA, EPISODIOS ESTREÑIMIENTO BRISTOL 3 Y DEPOSICIONES LIQUIDAS REFIERE RELACIONADO CON PREOCUPACIONES O ESTRES DIARIO. RESULTADO DE COLONOSCOPIA FECHA 28/2/24 SIN ALTEARCION EN ESTUDIO. HOY ASINTOMATICA Y ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA	K580	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	15:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clinico

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
2025-08-04	15:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	