

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	GEMA ROMINA	31	08	1995	30 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313528026	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y EMILIO HIDALGO	098-445-6043 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313528026	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	12	02
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 FEMENINA 30 AÑOS REFIERE QUE PRESENTA HACE AÑOS CUADRO DE DOLOR TIPO COLICO EN FLANCO IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE ESTREÑIMIENTO, SENSACION DE PESANTES, A LA PALPACION NO SE PALPA MASA O ALGO SIMILAR, ADEMAS REFIERE QUE TIENE FAMILIARES QUE SUFREN DE ENFERMEDADES DEL COLÓN, MAS LA PACIENTE REFIERE LA SENSACION DE UNA "BOLA" QUE EVITA QUE ELLA INGIERA ALIMENTOS, EL RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL SIN ALTERACIONES, DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA 30 AÑOS REFIERE QUE PRESENTA HACE AÑOS CUADRO DE DOLOR TIPO COLICO EN FLANCO IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE ESTREÑIMIENTO, SENSACION DE PESANTES, A LA PALPACION NO SE PALPA MASA O ALGO SIMILAR, ADEMAS REFIERE QUE TIENE FAMILIARES QUE SUFREN DE ENFERMEDADES DEL COLÓN, MAS LA PACIENTE REFIERE LA SENSACION DE UNA "BOLA" QUE EVITA QUE ELLA INGIERA ALIMENTOS, EL RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL SIN ALTERACIONES, DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE CROHN, NO ESPECIFICADA	K509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-02	10:41	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2025-12-02	10:41	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

