

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	GARCIA	DIOCLESIANA MARIA	06	07	1992	33 años, 0 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314785872	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MZA 4 y VILLA 7	096-000-2034 /
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	1314785872	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	17
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 DE 33 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PERSONALES DE DISCAPACIDAD MOTORA SECUNDARIA A HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO CON LESIÓN MEDULAR HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS. ANTECEDENTE QUIRÚRGICO COLECISTECTOMIA HACE 4 AÑOS. HERNIA DISCAL (1 MES DE EVOLUCIÓN). ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL QUE SE IRRADIA HACIA EL HEMICINTURÓN IZQUIERDO. REFIERE DISTENSIÓN ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 4 DÍAS. MENCIONA USO CRÓNICO DE LAXANTES COMO PARTE DE SU MANEJO HABITUAL POR SU CONDICIÓN FÍSICA. INDICA CONSUMO REGULAR DE FRUTAS RICAS EN FIBRAS, ADEMÁS SE ENCUENTRA CONSTANTEMENTE CON TERAPIA FÍSICA SIN EMBARGO NO SE EVIDENCIA MEJORÍA DEL CUADRO CLÍNICO. PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR SE HA INTENSIFICADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS Y DIFICULTA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. DADA LA EVOLUCIÓN DEL CUADRO Y LA PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES ESPECIFICADOS DEL INTESTINO	K598	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	14:18	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-07-17	14:18	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

