

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRENO	COELLO	ROSA ISABEL	20	07	1959	66 años, 10 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708820459	MANABI	CHONE	CONVENTO	28 DE MAYO y AGUSTIN	999-999-9999 /
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	1708820459	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	05	28
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 66 AÑOS APP NIEGA ACUDE A CONTROL MÉDICO POR CUADRO DE ESTREÑIMIENTO ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO Y DISTENSIÓN ABDOMINAL, CON ANTECEDENTE DE COLITIS. REFIERE EVACUACIONES ESCASAS Y ENDURECIDAS, CON MEJORÍA PARCIAL POSTERIOR A MANEJO DIETÉTICO Y FARMACOLÓGICO INDICADO PREVIAMENTE. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS O SANGRADO DIGESTIVO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ABDOMEN SUAVE, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN MARCO COLÓNICO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PACIENTE REFIERE SANGRADO EN HECES AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON SANGRADO EN HECES ESTREÑIMIENTO ALGICA DISTENSION ABDOMINAL AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE GAS TROENTEROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLITIS ULCERATIVAS	K518		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-05-28	10:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

