

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, 27 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	Nutrición		2026	06	16
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 ACUDE A CONTROL POSTERIOR A CIRUGÍA POR PROLAPSO RECTAL. REFIERE EVOLUCIÓN FAVORABLE, CON DISMINUCIÓN DE LA SENSACIÓN DE MASA RECTAL Y ADECUADA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL. NIEGA FIEBRE, SANGRADO RECTAL ACTIVO, SECRECIÓN PURULENTA O INCONTINENCIA FECAL. REFIERE DOLOR LEVE EN REGIÓN PERIANAL, CONTROLADO CON ANALGESIA PRESCRITA. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. REGIÓN PERIANAL CON ADECUADA CICATRIZACIÓN QUIRÚRGICA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, DEHISCENCIA NI SANGRADO ACTIVO. NO SE EVIDENCIA RECURRENCIA DEL PROLAPSO RECTAL. TRÁNSITO INTESTINAL CONSERVADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, CANDIDATO PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE NUTRICIÓN COMO PARTE DEL MANEJO INTEGRAL POSTOPERATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROLAPSO RECTAL	K623		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	11:35	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
2026-06-16	11:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

