

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	INTRIAGO	ANTONIA MARIA	17	06	1964	60 años, 9 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1709411191	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EMILIO HIDALGO y	098-259-2346 /
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	1709411191	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	03	21
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 60 AÑOS, CON APP: HTA EN TTO LOSARTAN 100 MG QD, HIPOTIROIDISMO EN TTO CON LEVOTIROXINA, APF: HIPOACUSIA (MAMA), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DISTENSION ABDOMINAL, ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, DOLOR ABDOMINAL Y METEORISMO DE LARGA DATA. PACIENTE TAMBIEN REFIERE NAUSEAS OCASIONALES, Y DOLOR EN ZONA ANAL QUE SE HA INTENSIFICADO EN LAS ULTIMAS SEMANAS. PACIENTE REFIERE QUE LOS SINTOMAS EMPEORAN CON CIERTOS ALIMENTOS. REFIERE HABER INGERIDO ANTICOLINERGICOS EN VARIAS OCASIONES SIN MEJORÍA DE SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE METEORISMO, AL EXAMEN FISICO ANAL NO SE EVIDENCIAN HEMORROIDES EXTERNAS, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO.0983382357

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	K589		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	15:18	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-21	15:18	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

