

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RUEDA	ROJAS	VICENTE PAUL	24	02	1969	55 años, 6 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1710597848	MANABI	CHONE	BOYACA	QUILISCACHA y PURUHA	/ (02)-261-0497
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	1710597848	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	09	03
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

MASculino DE 55 años DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESTREñIMIENTO CRÓNICO QUE ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL CON EVOLUCION DE NO EVACUAR HACE 8 DIAS , SE LE DA LACTULOSA Y EVACUA HECEs PERO ACUDE EL DIA DE HOY REFIRIENDO NUEVAMENTE ESTREñIMIENTO Y QUE LA LACTULOSA YA NO LE FUNCIONA. AL MOMENTO REFIERE NO HABER DEFECADO EN ESE PERIODO DE 2 DIAS . PRESENTA AL MOMENTO ABDOMEN DISTENDIDO Y DOLOROSO A LA PALPACION, NO PRESENTA SIGNOS NI SINTOMAS DE INFECCION. SE HACE REFERENCIA A GASTROENTEROLOGÍA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-03	15:40	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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
2024-09-03	15:40	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	