

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| PIÑA             | QUISPE           | MARIA DOLORES | 20                  | 05  | 1959 | 66 años, 10 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306582568        | MANABI              | BOLIVAR | QUIROGA   | CALCETA y                    | 096-850-1012 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón  | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1306582568      | QUIROGA                  | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 04  | 08  |
| 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 CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS, CURSA CON CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISFAGIA, QUE SE PRESENTA CON EL CONSUMO DE ALIMENTOS SOLIDOS Y SEMISOLIDOS, POSTERIORMENTE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL INTENSO DIFUSO, QUE SE EXACERBA CON EL CONSUMO DE ALIMENTOS, ADEMAS DE REFLUJO CONSTANTE Y ACIDEZ ESTOMACAL, SE REALIZA ECOGRFIA DONDE SE EVIDENCIA PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL QUE SE CORRESPONDE CON ASCITIS, CANTIDAD 435ML, ADEMAS DE HIGADO CON FORMA ANORMAL, PARENQUIMA HETEROGENEO, VASCULARIDAD ANORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON CIRROSIS Y FIBROSIS DEL HIGADO | K717   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-08 | 08:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-08 | 08:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |