



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	001414	Chone	CS-C	1302447253						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Salcedo	Escalante	Manuel	Ivan	M	05-06-1958	66	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
098-344-9349 /		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
13		5. Problemas de infraestructura.		X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Gastroenterologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON CIRROSIS DESDE HACE 4 AÑOS - CONTROLADA CON MEDICO EPSECIALISTA PRIVADO; ACTUALMENTE PACIENTE INDICA QUE NO CUENTA CON ACCEBILIDAD FINANCIERA Y ECONOMICA POR LO CUAL REQUIERE REVALORIZACION Y NUEVA EVALUACION DE ESTADO POR PARTE DE ESTA INSTITUCIÓN; AL MOMENTO CON FECHA 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 PRESENTA ECOGRAFIA : HIGADO DE ECOGENICIDAD HETEROGENEA DETSAMAÑO LEVEMENTE DISMINUIDO CAPSULA IRREGULAR - A NIVEL DE L4TO SEGMENTO SE OBSERVA NÓDULO ECOGÉNICO O HEMANGIOMA MIDE 27POR 22 MM CIRCULACIÓN PORTAL AUSENTE VENAS SUPRAHEPATICAS CON FLUJO BIFASICO ANORMAL; LOBULO DERECHO HEPATICO MIDE 101MM YLOBULO IZQUIERDO HEPATICO MIDE 60MM: VESÍCULULA BILIAR COLECISTECTOMIZADAS- VIASBILIARES INTRAHEPATICAS DE CALIBRE DISMINUIDO Y DISTRIBUCIÓN NORMAL. VENA PORTA CON PRESENCIA DE TROMBOSIS- VENA CAVA DE CALIBRE Y DISTRIBUCIÓN NORMAL MIDE 12MM- PANCREASECOGENICO DE ASPECTO LIPOMATOSOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

IGADO DE ECOGENICIDAD HETEROGENEA DE TSAMAÑO LEVEMENTE DISMINUIDO CAPSULA IRREGULAR - A NIVEL DE L4TO SEGMENTO SE OBSERVANÓDULO ECOGÉNICO O HEMANGIOMA MIDE 27 POR 22 MM CIRCULACIÓN PORTAL AUSENTE VENAS SUPRAHEPATICAS CON FLUJO BIFASICO ANORMAL;LOBULO DERECHO HEPATICO MIDE 101MM Y LOBULO IZQUIERDO HEPATICO MIDE 60MM: VESÍCULULA BILIAR COLECISTECTOMIZADAS- VIASBILIARES INTRAHEPATICAS DE CALIBRE DISMINUIDO Y DISTRIBUCIÓN NORMAL. VENA PORTA CON PRESENCIA DE TROMBOSIS- VENA CAVA DE CALIBRE Y DISTRIBUCIÓN NORMAL MIDE 12MM- PANCREAS ECOGENICO DE ASPECTO LIPOMATOSOS. MARCO COLONICO CON ABUNDANTES GASES COLONTRANSVERSO CON FORMACIONES DIVERTICULARES

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Cirrosis Del Hgado Y Las No Especificadas	K746	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-09-24	10:49	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314783083				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------



--	--	--	--	--	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		