



| 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           | Agua Fria                |                                  | PS        | 1304265190                                              |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |        | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |
| De                                                          |        | La               |                          | Cruz                             |           | Hermezón                                                |  | H                 | 05-05-1946       | 78   | H                       | D | M | A |   |
|                                                             |        |                  |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |        |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                       |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
| 0969127224                                                  |        |                  |                          | X                                |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |        |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
|                                                             |        |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
|                                                             |        |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
|                                                             |        |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
|                                                             |        |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN | PARROQUIA        |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |
| 13                                                          | 1307   | 130750           |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |

| 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                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PCTE ADULTO MAYOR DE 78 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ACOMPAÑADO DE PESADEZ EN FLANCO IZQUIERDO- ANOREXIA INSOMNIO- FATIGA- ASTENIA MAL ESTAR GENERAL |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ECOGRAFIA ABDOMINAL REPORTA: ADENOPATIAS RETROPERITONEALES ESTEATOSIS- HEPATICA ESPLENOMEGALIA DE GRADO II ACOMPAÑADO DE NÓDULO ESPLENICO- Y MICROLITIASIS RENAL BILATERAL |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                            | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Esplenomegalia No Clasificada En Otra Parte                |                                 | R161 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | Degeneracion Grasa Del Higado No Clasificada En Otra Parte |                                 | K760 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                            |                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-11-24                            | 10:10        | Luz           |  | Mendoza         | Campos           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1304278326                            |              |               |  |                 |                  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |