



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1304966144							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Hidalgo	Basurto	Rosa	Natividad	M	11-07-1954	71	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0980625936			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1315	131550									

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 DE 71 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES DE DM2 INSULINODEPENDIENTE NO CONTROLADA-HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG DIA- PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS ACOMPAÑADADE FAMILIAR QUIEN MENCIONA QUE PACIENTE RECIBIÓ INGRESO HOSPITALARIO EN IESS CHONE HACE APROX 3 MESES EN DONDE ESTABLECIERON DIAGNOSTICO D CIRROSIS- PACIENTE AL MOMENTOCON SONDA VESICAL DESDE ALTA HOSPITALARIA CON CAMBIO CADA SEMANA- FAMILIAR MENCIONA QUE PACINETE NECESITA AYUDA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA- NO PUEDE CAMINARMENCIONA**SE OBSERVA EDEMA MODERADO EN MIEMBROS INFERIORES- PACIENTE CON SOPORTE HEPÁTICO- REFIERE VARIOS EPISODIOS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS TRATADASEMPÍRICAMENTE. ULTIMO TRATAMIENTO NO COMPLETO A BASE DE CIPROFLOXACINO DURANTE 5 DIAS. SOLICITO LABORATORIOS Y CITO PARA CONTROL EN CUANTO TENGA RESULTADOS. ADEMÁSREFIERE CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR GASTROENETEROLOGIA EN OCTUBRE 2025. EXAMEN FÍSICO ABDOMEN GLOBULOSO- NO SE OBSERVA CIRCULACIÓN COLATERAL. EDEMA ++ EN MIEMBROSINFERIORES. AFEBRIL. ORIENTADA.AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NINGUNO

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
2025-09-01	04:04	Karen	Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310488075				

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	