

#### 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        | Ines Moreno                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CS-A                                                                                                                                     | 1307629970                       |                         |                   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                         | EDAD                             | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                   |   |   |  |
|                                       |                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                  | H                       | D                 | M | A |  |
| Ormaza                                | Carreño          | Rafael        | Ernesto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 16-04-1973                                                                                                                               | 52                               |                         |                   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               | <b>REFERENCIA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica.<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de espacio físico.<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento.<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado.<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura. | <b>DERIVACIÓN MOTIVO</b><br><input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento.<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutive<br><input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |                                  |                         |                   |   |   |  |
| 0978618041                            |                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                  |                         |                   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                  |                         |                   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                  |                         |                   |   |   |  |
| 13                                    | 1302             | 130250        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                          |                                  |                         |                   |   |   |  |

## 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

APP: ALCOHOLISMO CRONICO. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR ICTERICIA EN ESCLERAS BILATERAL QUE SE PRESENTA DESDE HACE MAS O MENOS UN MES DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE DOLOR ABDOMINAL DE TIPO SORDO LOCALIZADO A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO SENSACION DE LLENURA Y ACIDEZ- EN OCASIONES A PRESENTADO NÁUSEAS QUE NO LLEGAN AL VÓMITO. EXAMEN FISICO: ESCLERAS: ICTERICIA MARCADA. ABDOMEN GLOBULOSO SE PALPA MASA NO MOVIL INDURADA EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SOBREPASA LIMITES NORMALES DE REBORDE COSTAL. EXAMEN DE LABORATORIO: FOSFATASA ALCALINA 656 U/L GAMMA GT/GGT 385 U/L ALFAFETOPROTEINA :2.20 NG/ML. ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO: TAMAÑO AUMENTADO HETEROGENEO EN AMBOS LOBULOS - INFILTRADO HEPATICO GRASO GENERAL- BORDES IRREGULARES. PLAN FARMACOLOGICO: HEPAMERTZ 1 SOBRE CADA 12 HORAS.

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMEN DE LABORATORIO: FOSFATASA ALCALINA 656 U/L GAMMA GT/GGT 385 U/L ALFAFETOPROTEINA :2.20 NG/ML. ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO: TAMAÑO AUMENTADO HETEROGENEO EN AMBOS LOBULOS - INFILTRADO HEPATICO GRASO GENERAL- BORDES IRREGULARES

## E. DIAGNÓSTICO

| E. DIAGNÓSTICO |                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------|------------------------------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Fibrosis Y Cirrosis Del Hgado |                                    | K74 | X   |     | 4. |  |     |     |     |
| 2.             |                               |                                    |     |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.             |                               |                                    |     |     |     | 6. |  |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-02-20                            | 02:02           | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |                 |               |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

[illegible]

## CONTRAREFERENCIA

## REFERENCIA INVERSA

9

**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 |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|

|     |  |  |                                                                    |            |  |
|-----|--|--|--------------------------------------------------------------------|------------|--|
| MSP |  |  | CENTRO DE<br>SALUD TIPO C -<br>MATERNO<br>INFANTIL Y<br>EMERGENCIA | 1304368176 |  |
|-----|--|--|--------------------------------------------------------------------|------------|--|

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

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | Centro De Salud Tipo C (Chone) | 13D07    | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se Sugiere Sugiere Metformina/Vildagliptina 50/850mg Al Dia- Control Con Estudios De Laboratorio . |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

## F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

|    |                                                                      | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|----------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | Diabetes Mellitus No Insulinodependiente Sin Mencion De Complicacion | E119 |     | X   | 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           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |