

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	Ricaurte	CS-A	1300711171							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Cedeño	Saul	Alberto	H	10-09-1948	77	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0982162962		☒		☐							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐							
		2. Falta de espacio físico.		☐							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐						
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.		☐						
			5. Problemas de infraestructura.		☐						
					☐						
					☒						
					☐						

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	Medicina Interna

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACINETE MASCULINO DE 77 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA DE PESO- DOLOR ABDOMINAL- ASTENIA- ESTREÑIMIENTO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA HEPATOMEGLIA- RUIDOS HIDROAEREOS AUMENTADOS. REFIERE ADemás QUE TUVO UNA CAIDA HACE UN MES EN LA CUAL DESDE ENTONCES HA TENIDO DOLOR TORACICO DE MEDIANA INTENSIDAD QUE NO LE PERMITE MOVERSE ADECUADAMENTE- TORAX DERECHO CON MAYOR TAMAÑO QUE TORAX IZQUIERDO DOLORO A LA PALPACION Y AL MOVIMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE- ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALISIS: PSA TOTAL: 79.2 OTROS ANALISIS: PCR: 52.54 BIOMETRIA HEMATICA: WBC: 8.69. RBC: 4.35. HGB. 12.7. HCT: 39.9.MCV: 91.8. MCH: 29.1. MCHC: 31.8. RDW: 15.2% PLT: 189 ALT (SGPT): ALT: 30.0. AST:112.3. GLUCOSA: 108.4 ULTRASONIDO: HIGADO: SITUACION CONSERVADA. CONTORNOS CONSERVADOS. PARENQUIMA HEPATICO MUESTRA ECOTEXTURA HETEROGENEA OBSERVANDO MULTIPLES IMAGENES NODULARES EN SU INTERIOR- LAS CUALES CONDICIONAN DISTORSION PARCIAL DE LA ARQUITECTURA HEPATICA- DICHOS NODULOS MUESTRAN CARACTERISTICAS ECOGRAFICAS- HIPOECOGENICAS- BORDES REGULARES- AVASCULARES AL CUADRO DOPPLER COLOR- MIDE APROXIMADAMENTE 2.94 CM X 1.38CM - 2.09CMX1.29CM - 2.40CM X 1.72CM. VENA PORTA DE CALIBRE CONSERVADO. RIÑON IZQUIERDO: A NIVEL DEL DEL SENO RENAL SE OBSERVA IMAGEN ANEOICA- REDONDEADA- BORDES REGULARES MIDE APROXIMADAMENTE 1.91 CM X1.59CM- PROYECTA REFUERZO ACUSTICO POSTERIOR EN RELACION A QUISTE SIMPLE DE UBICACION PARAPIELICA. CAVIDAD ABDOMINAL CON DISTENSION DE ASAS INTESTINALES POR GASES.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Otras Enfermedades Especificadas Del Hgado	K768	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-23	09:46	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313050203				

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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		