



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	El Recreo - San Miguel	CS-A	1304026253							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Velasquez	Lucas	Cesar	Eloy	H	05-07-1961	64	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0988557763		X		MOTIVO							
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	1315	131550	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
ADULTO MADURO CON APP DE OBESIDAD- ALCOHOLISMO DURANTE 30 AÑOS- HEMORROIDES- CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO PORFLATOS- SE REALIZO ECOGRAFIA DE HIGADO Y COMO HALLAZGO SE ENCONTRÓ HIGADO CON PATRON MICRONODULAR- FUE VALORADO POR MEDICO GASTROENTEROLOGOY TRATADO CON DIGERIL. ACTUALMENTE NIEGA AGRIERAS- MELENAS- HEMATEMESIS- PERDIDA DE PESO. EXAMEN FISCO: TORAX: GINECOMASTIARSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS- CSPS CLAROS Y VENTILADOS. ABDOMEN GLOBULOSO- CON PERIMETRO ABDOMINAL 104 CM- NO PRESENCIA DEARAÑAS VASCULARES. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO CONTROL SUBSECUENTE POR MEDICO ESPECIALISTA EN EL SIGUIENTE NIVEL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ADJUNTO RESULTADO DE ECOGRAFIA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-05	03:21	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310671951				

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	