



| 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           | San Bartolo              |                                  | CS-A      | 1300210661                                              |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Carranza                                                    |   | Garcia           |                          | Pablo                            |           | Hermes                                                  |  | H                 | 30-06-1941       | 85   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                                           | D | M                | A                        |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  | X                        |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |   |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 0990967378                                                  |   |                  |                          | 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                                                          |   |                  |                          | 1302                             |           | 130250                                                  |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  |                          | 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 |  | Gastroenterologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SREALIZAATENCIONDOMICILIARIAAHOMBREDE85AÑOSDEEDADCONAPPDECIRROSISAVANZADA+HTA(TTOSUSPENDIDOPORINDICACIONDEESPECIALISTA).PACIENTEALMOMENTODELAVISITA-ALERTA-RESPONDEAINTERROGATORIA-FLUJOVERBAL LENTO.ALEXAMENFISICO-ICTERICIAGENERALIZADA-PRESENCIADEASCITIS-ONDAASCITICA+-PRESENCIADEINGURGITACION YUGULARDELADOIZQUIERDO.ALMENTOFAMILIARESREFIEREQUEPACIENTEESTAENESTADIOAVANZADO-ENSEGUIMIENOPOR GASTROREDPRIVADAONINDICACIONES*FEXUPRAZAM40MGVOQD-*PREGABALINA50MGVOQDPM-*ESPIRONOLACTONA25MG VOQDAM(DC)*FUROSEMIDA20MGVOLUNES-MIERCOLES-VIERNES*PARACETAMOL1000MGLIQUIDOORALVOBIDYPRN*ALBUMINA 20%DILUIDOENBOLOCOLORURODESODIOIVQ/VIERNESPORUNMES-YADMINISTRACIONDESUPLEMENTOSPROTEICOS- FAMILIARESCONCIENTESDEPRONOSTICODEPACIENTE-NIEGANREFERENCIAAHOSPITALDE3ERNIVELHEP.PARAVALORACIONDE ONCOLOGIAYDECUIDADOSPALIATIVOS-ADMITENREFERENCIAGASTROHOSPITALDE2DONIVELCHONE |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RESULTADOSDELABORATORIOSBHCLEUCO5.11HB9.9G/DLGLOBULOSROJOS2-91HCTO29.5MCV101MCH34PLAQUETAS98 QUIMICA;GLUCOSA85MG/DL*UREA100CREATININA1-1MG/DLACIDOURICO9-99MG/DLENZIMASTGO50ELECTROLITOS;POTASIO6 MG1.55 |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                 | PRE= PRESUNTIVO<br>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 |
| 2026-07-03                            | 12:00        | Brissa        |  | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |  |                 |                  |

| 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |