



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	Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes	HB	1303659336							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Valderrama	Benita	Gregoria	M	25-04-1958	68	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0967387518		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1312	131250	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			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
EDAD: 68 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE. APP: HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 20 AÑOS TRATAMIENTO CON LOSARTAN50 MILIGRAMOS CADA DIA. APQ: LIGADURA / HISTERECTOMIA / CISTOCELE + MALLA / CIRUGIA DE PIEL (CABEZA). AGO: MENARQUIA: 12 AÑOS CICLOS MENSTRUALES REGULARES. MENOPAUSIA QUIRURGICA: 42 AÑOS. PAP TEST: HACE MAS DE 6 AÑOS (NORMAL)PLANIFICACION FAMILIAR: LIGADURA. MOTIVO DE CONS ULTA: PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO- EVA 10/10- DEPREDOMINIO EN HIPOGASTRIO- REFIERE MOLESTIAS URINARIAS- SECRECION VAGINAL- AMARILLENTA- MAL OLO- REFIERE PRURITO ANIVEL VULVAR- REFIERE RESEQUEDAD VAGINAL- REFIERE SOFOCOS BOCHORNOS- S UDORACION NOCTURNA- REFIERE ANSIEDAD YDEPRESION A CAUSA DE SOLEDAD TRAS FALLECER ESPOSO QUE NO LE DEJÓ NI UNA CASA "SEGUN REFIERE PACIENTE". FLUCONAZOL-CLOTTRIMAZOL- CEFALEXINA- PARACETAMOL. SE CITA A CONTROL CON RES ULTADOS. PACIENTE ACUDE HOY 26 DE MAYO ACUDE PORPERSISTENCIA DE SINTOMAS- PERSISTE SECRECION VAGINAL AMARILLENTA- MAL OLO- PERSISTE MOLESTIAS URINARIAS- REFIERESENSACION DE COMEZON VULVAR- REFIERE PERSISTE SENSACION DE RESEQUEDAD VAGINAL. PACIENTE 29 DE JUNIO REFIERE DOLORA NIVEL VULVAR Y VAGINAL- PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA CÓLICO INTERMITENTE- ECOGRAFIA DE OVARIO NORMALES- OVARIOIZQUIERDO NORMAL- OVARIO DERECHO NO VIS UALIZADO- ADEMAS TRAE ECOGRAFIA DONDE EVIDENCIAN ESTEATOSIS HEPATICAGRADO III- POR LO QUE SE SOLICITA IC CON GASTRONTEROLOGIA- REFIERE DIS URIA- REFIERE SECRECION VAGINAL- QUE MANCHAITERIOR COLOR AMARILLENTO- REFIERE QUE LA CREMA LE PROVOCA DOLOR EN EL UTERO AUNQUE NO TENGA UTERO. AL EXAMENFISICO SE OBSERVA ATROFIA MODERADA- ADEMAS SE EVIDENCIA RECTOCELE-CISTOCELE GRADO I- CON INCONTINENCIA URINARIA DEESFUERZOS TRAS MANIOBRAS DE VALSALVA- CHORRO GRANDE- POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA. SE ENVIAESTROGENOS TOPICOS VAGINALES- EMO NO PATOLOGICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ESTEATOSIS HEPATICA GRADO III

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Hepatica No Especificada	K729	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-06	11:31	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	