



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	1309618864						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Palma	Bernardita	Monserate	M	24-03-1978	48	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
0993539765			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
			3. Falta de equipamiento.							
			4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1315	131550								

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	Gastroenterología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE MADRE FALLECIDA POR CÁNCER GÁSTRICO- ANTECEDENTE PERSONAL: OBESIDAD CLÍNICA TIPO I E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 50 MG VO CADA MAÑANA Y AMLODIPINO 5 MG VO CADA NOCHE. NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL- TABAQUISMO Y ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE CUATRO CESÁREAS. REFIERE CONSUMO HABITUAL DE GOMITAS NATURISTAS CON VITAMINAS- BISMUTOL 5 ML EN AYUNAS DIARIAMENTE Y SUPLEMENTO NUTRICIONAL ENSURE. ACUDE PARA REVISIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO. NIEGA ASTENIA- ADINAMIA- PÉRDIDA DE PESO- ANOREXIA- NáUSEAS- VÓMITOS- DOLOR ABDOMINAL- DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO- ICTERICIA- COLURIA- ACOLIA- DISTENSIÓN ABDOMINAL- EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES- DISNEA- PALPITACIONES- HEMATEMESIS- MELENA- SANGRADO GINGIVAL- EPISTAXIS- EQUIMOSIS O CUALQUIER OTRO DATO SUGESTIVO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA. LABORATORIOS DEL 30/06/2026 REPORTAN: HEMOGLOBINA: 12.1 G/DL PLAQUETAS: 109.000/?L COLESTEROL: 187 MG/DL TRIGLICÉRIDOS: 197 MG/DL AST (TGO): 69 U/L ALT (TGP): 93 U/L SE CALCULA FIB-4 DE 3.14. MOTIVO POR EL CUAL SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA + TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LABORATORIOS DEL 30/06/2026 REPORTAN: HEMOGLOBINA: 12.1 G/DL PLAQUETAS: 109.000/?L COLESTEROL: 187 MG/DL TRIGLICÉRIDOS: 197 MG/DL AST (TGO): 69 U/L ALT (TGP): 93 U/L

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Degeneracion Grasa Del Hígado No Clasificada En Otra Parte		K760		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-08	10:41	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		