

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| HORMAZA          | ZAMBRANO         | RAMONA NOEMI | 31                  | 08  | 1935 | 89 años, 5 meses, 20 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      | No Telefónico                  |                            |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------|----------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300022611        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BENITO SANTOS MACAY y MERCEDES | 0963243828 / (05)-269-8832 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria   | Convecional/Celular        |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1300022611      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| Red Complementaria  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | Consulta externa | Gastroenterología | 2025  | 02  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio         | Especialidad      | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

HIGADO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES TEXTURA HETEROGENEA SE OBSERVA EL LDH IMAGEN NODULAR IRREGULAR NO FLUIDO EN CAVIDAD ABDOMINAL PRESENCIA DE ABUNDANTES GASES INTESTINALES EN EPIGASTRIO SE OBSERVA IMASA HIPERECOGENICA NO DEFINA QUE IMPRESIONA DEPENDER DE PANCREAS VS ESTOMAGO COLECISTECTOMIZADA RINON DERECHO NORMAL RIÑÓN IZQUIERDO PRESENCIA DE 2 IMAGEN LITIASICAS BUENA RELACION CORTEZA MEDULA PACIENTE CON HPERSENSIBILIDAD Y DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO PERMITE MEJOR ESTUDIO SE SUGIERE TOMOGRAFIA PACIENTE SE AGREGA SINTOMAS COMO VOMITO Y EN TAC SE EVIDENCIA UNA MASA EN EL ESTOMAGO... SE ENVÍA A SU ESPECIALIDAD...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A SU ESPECIALIDAD...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA INTRAABDOMINAL Y PELVICA | R190   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-02-20 | 11:29 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |
|                                       |                          |      |               |       |     |     |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA | HORA | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO | FIRMA |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|