

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	LUIS	HIPOLITO BENEDICTO	07	08	1940	85 años, 0 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301278816	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN FELIPE y	099-153-5776 /
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	1301278816	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	08	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

HOMBRE DE 84 AÑOS CON APP HABITOS NOCIVOS ALCHOLISMO Y TABAQUISMO CRONICO. HTA: LOSARTAN 100MG VO QD CLORTALIDONA 12,5MG .CUADRO CLINICO DE ELVACION IMPORTANTE DE ENZIMAS HEPATICAS , FOSFATASA ALCALINA EN TRATAMIENTO CONSECUTIVO POR TRES MESES CON HEPAMERTZ 1 SOBRE DIARIO SILIMARIN 1 CAPSULA DIARIA CULMINO TRATAMIENTO DE ALOPURINOL POR 2 MESES POR ELVACION DE ACIDO URICO, ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO DE DIMENSIONES NORMALES, CONTORNOS REGULARES CON LEVE ALTERACION DE SU ECO TEXTURA, CONTORNOS LIGERAMENTE LOBULARES DE ASPECTO FIBROTICO. RIÑON IZQUIERDO: QUISTE LESION QUISTICA SIMPLE 0.9 CM. EXAMEN FISICO: ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. REFIERE QUE DESDE HACE MAS O MENOS UN MES PRESENTA FALTA DE APETITO SIN SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO CON ELEVACION DE TESNION ARTERIAL POR LO CUAL SE INCLUYE DIURETICO CLORTALIDONA 25 MG 9 AM.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO LACTICO: Bilirrubina Total 1.81 mg/dL 0 - 1.2 Bilirrubina Directa 0.52 mg/dL 0 - 0.3 TGO/AST 101 U/L 0 - 38 TGP/ALT 60.94 U/L 0 - 42 Fosfatasa Alcalina 388.87 U/L 98 - 279 Gama GT 275.82 U/L 8 - 61 Amilasa 112.12 ACIDO URICO 6.6 MG/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROSIS HEPATICA	K740		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	14:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-15	14:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

