

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALCIVAR	VICENTE RAMON	07	12	1946	79 años, 3 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301556609	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO LAS LAJAS y LAS LAJAS	099-368-4302 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1301556609	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	03	23
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

PACIENTE DE 79 AÑOS EL CUAL ES TRAÍDO POR SUS FAMILIARES EL MISMO CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA RENAL GRADO 3, HTA, DM, SE REALIZA DIALISIS CADA 3 DIAS EN MANADIALISIS CON SEGUIMIENTO DE NEFROLOGIA, PRESENTA LABORATORIOS CON AZOADOS ELEVADOS , REFIEREN FAMILIARES QUE EN ANTERIOR ECO PRESENTO MASA EN HIGADO POR LO CUAL SE ENVIA CON GAS TROENTEROLOGIA PARA SU MEJOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO EN ESTOS MOMENTOS CON CIFRAS DE TA ELEVADAS POR LO CUAL SE COLOCA AMLODIPINA DE 5MG AL TTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COLESTEROL: 235 GLUCOSA: 194 TRIGLICERIDO 216 HB 8 UREA 95 CREA 7

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	K760	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	12:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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 clínico

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
2026-03-23	12:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	