

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNECÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	4443	ROCAFUERTE	B	1301757488	1301757488		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAZ (MARCAR)
FARIAS	GILER	LUCIA	MATILDE	M	15/4/1951	73	H O M A
TEL. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO			
0990251172	CON COBERTURA IESS	X		1. Accesibilidad geográfica 2. Faltas de espacio físico 3. Faltas de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cadena de servicios			
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA					
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

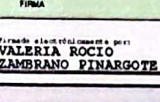
PACIENTE FEMENINA, ADULTO MAYOR DE 73 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS HACE +/- 28 AÑOS CON TRATAMIENTO REGULAR CON DAPAGLIFLOZINA 10MG/DIA, INSULINA INTERMEDIA 30UI EN LA MAÑANA INSULINA RAPIDA 12 UI AL MEDIO DIA, ADEMAS DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE MAS +/- 25 AÑOS CON TRATAMIENTO REGULAR CON AMLODIPINO/VALSARTAN 10MG/160MG, ESPIRONOLACTONA Y BISOPROLOL, TAMBIEN REFIERE DIAGNOSTICO DE CIRROSIS HEPATICA HACE +/- 5 AÑOS. ACTUALMENTE REFIERE DOLOR DE APARICION ESPORADICA, ABDOMINAL TIPO COLICO, DISTENSION ABDOMINAL, HEMORROIDES GRADO IV DOLOR Y PRURITO ANAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1			CIRROSIS HEPATICA	K717	X
2			HEMORROIDES DE CUARTO GRADO	K643	X
3			DIABETE MELLITUS INSULINODEPENDIENTE	E105	X
			HIPERTENSION ARTERIAL	I10X	X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/1/2025	10:00	VALERIA	ZAMBRANO	PINARGOTE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310498462				

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	UNECÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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

CI	PRE	DEF	CI	PRE	DEF
1					
2					
3					

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		