

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CALDERON         | HERRERA          | JUANA ORFILIA | 20                  | 09  | 1957 | 67 años, 4 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                      | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302117294        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | RIO SAN PEDRO y ALFONSO LAMIÑA | 099-115-4240 /      |
| 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                 | 1302117294      | 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    | 19  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio         | Especialidad      | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE TRAE UNA ECOGRAFIA A REVISION CON UN HAGASGO DE HIGADO DE BORDES Y CONTORNOS REGULARES Y UN PRESUNTIVO DE ESTEATOSIS HEPATICA GRADO DOS... NO A BAJADO DE PESO, REFIERE PACIENTE QUE CUANDO LE ESTABAN REALIZANDO ECOGRAFIA EL MEDICO DE IMAGEN SE VIO UNA MASA DE ESTOMAGO Y SE SUGIRIO QUE SE HAGA UNA ENDOSCOPIA POR TAL MOTIVO SE ENVIA UNA REFERENCIA PARA AMPLIAR ESTUDIO POR SU ESPECIALIDAD... AL RAS NO SE PALPA DICHA MASA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVÍA A SU ESPECIALIDAD PARA SU ANALISIS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-02-19 | 14:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-02-19 | 14:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

