

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MUÑOZ	ANGEL ANTONIO	01	08	1953	72 años, 6 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302132152	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO LOS ANGELES y SITIO LOS ANGELES	098-264-4872 /
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	1302132152	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2026	02	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE REFIRIENDO DIARREA EN OCASIONES , ALITOSIS, DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA DE VARIOS MESES DE EVOLUCION,TRAE ECOGRAFIA 19/02/2026 QUE INFORMA HEPATOPATIA DIFUSA , EN RELACION CON ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 3. LESION OCUPATIVA DE ESPACIO EN RELACION A QUISTE SIMPLE UBICADO EN CABEZA PANCREATICA.ES PLENOMEGALIA POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ADJUNTA ECOGRAFIA ABDOMINAL

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
2026-02-19	10:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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
2026-02-19	10:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	