

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                                  |                          |               |                  |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------|--------------------------|---------------|------------------|----------------------------------|------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         | UNICÓDIGO                        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |               | TIPOLOGÍA        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |            | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| MSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         | 1410                             | HAGA                     |               | B                | 1302160476                       |            | 1302160476        |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | SEGUNDO APELLIDO                 |                          | PRIMER NOMBRE |                  | SEGUNDO NOMBRE                   |            | SEXO              | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                      | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARGARITA) |   |   |   |
| GANCHOZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | ZAMBRANO                         |                          | MELBA         |                  | NIAS                             |            | F                 | 11/11/1951                                                                                                                                                            | 74   | H                          | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                                  |                          |               | REFERENCIA       |                                  | DERIVACIÓN |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                |      |                            |   |   |   |
| 0962901731 / 0983276472                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                                  |                          |               | X                |                                  |            |                   | 6. Problemas de abastecimiento<br>7. Insuficiencia de profesionales<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                            |   |   |   |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CANTÓN  | PARROQUIA                        |                          |               |                  |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| MANABI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | BOLIVAR | CALCETA                          |                          |               |                  |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                                  |                          |               |                  |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |                          |               | SERVICIO         |                                  |            | ESPECIALIDAD      |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| MSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA - CHONE |                          |               | CONSULTA EXTERNA |                                  |            | GASTROENTEROLOGIA |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| CUADRO CLINICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                  |                          |               |                  |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |
| PACIENTE FEMENINA DE 74 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA HEPATICA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD Y CIRROSIS HEPATICA , CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR MALESTAR GENERAL, NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO, LEVE DISNEA. CURSA 11 DIAS DE HOSPITALIZACION DONDE SE REALIZA PARACENTESIS EN EL CUAL SE DRENA APROXIMADAMENTE 3 LITROS DE LIQUIDO ASCITICO. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE CON LEVE RESISTENCIA. AL MOMENTO CON EVIDENTE MEJORIA CLINICA POR LO QUE SE INDICA SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA. |         |                                  |                          |               |                  |                                  |            |                   |                                                                                                                                                                       |      |                            |   |   |   |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS |                 |                 | K746 |     | X   | 4.  |     |     |
| 2.             |                                                  |                 |                 |      |     |     | 5.  |     |     |
| 3.             |                                                  |                 |                 |      |     |     | 6.  |     |     |

|                                       |                 |                                                                                                                                                                                                 |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-03-16                            | 10:00           | MARCO                                                                                                                                                                                           | AZUA            | CEDENO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                                                                                                                                                                                           |                 |                  |
| 1311550667                            |                 |  <div> Dr. Marco Antonio Azua Cedeno<br/> ESPECIALISTA EN MEDICINA<br/> GENERAL INTERNA<br/> 1311550667 </div> |                 |                  |

| REFERENCIA JUSTIFICADA |   |    |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |   |    |  |
|------------------------|---|----|--|------------------------|---|----|--|
| SI                     | X | NO |  | SI                     | X | NO |  |
|                        |   |    |  |                        |   |    |  |

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | 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) |
|                                                                                       |                          |          |                    |

1. RESUMEN DEL CUADRO SERVICIO

D. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL TRABAJO EN EL AULA

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE- PRESUNTIVO | DEF- DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                 |                 |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                 |                 |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                 |                 |     |     | 6.  |  |     |     |     |

03. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAHE NERE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 |  | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
|                                       |  |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |  |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |  |                 |               |                 |                  |