

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERDUGA	MARITZA MARIBEL	10	07	1963	62 años, 2 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303496499	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AVDA CARLOS ALBERTO ARAY y VIA CHONE	099-350-4234 /
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	1303496499	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	2025	09	30
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS ACUDE A CONSULTA PARA REVISIÓN DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍA ABDOMINAL, REALIZADOS POR PRESENTAR ICTERICIA, DOLOR ABDOMINAL Y AUMENTO PROGRESIVO DEL VOLUMEN ABDOMINAL. PACIENTE REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 15 DÍAS INICIÓ CON COLORACIÓN AMARILLENTO DE PIEL Y ESCLERAS, ACOMPAÑADA DE DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, EL CUAL SE HA MANTENIDO DESDE ENTONCES. DÍAS POSTERIORES PRESENTÓ ADEMÁS NÁUSEAS Y VÓMITOS. ACUDE CON LABORATORIOS REALIZADOS QUE REPORTA: AST: 242.9 U/L, ALT: 152.8 U/L, SUERO ICTÉRICO (+++) Y ECOGRAFÍA ABDOMINAL: EVIDENCIA HEPATOPATÍA DIFUSA CRÓNICA, ASOCIADA A ESPLENOMEGALIA Y ASCITIS, HALLAZGOS SUGESTIVOS DE SÍNDROME HEPATOCELULAR. AL EXAMEN FÍSICO: SE EVIDENCIA ICTERICIA CUTÁNEA Y CONJUNTIVAL (ESCLERAS ICTÉRICAS). ABDOMEN CON AUMENTO DE VOLUMEN. DOLOR A LA PALPACIÓN EN HIPOCONDRIO DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA O SUBAGUDA	K720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	11:07	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
2025-09-30	11:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

