

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOL	LOOR	JOSE EDICTO	22	10	1962	62 años, 1 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303872962	MANABI	CHONE	RICAU RTE	CHONE y	999-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1303872962	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	12	03
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 MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD CON APP FIBROSIS HEPATICA, QUE ACUDE A CONSULTA SOLICITANDO REFERENCIA PARA CONTROL DE ENFERMEDAD POR ESPECIALIDAD. PACIENTE REFIERE NO TENER SEGUIMIENTO DESDE EL AÑO 2023. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO DE MAS DE 30 AÑOS, CON ABSTINENCIA HACE MAS DE 1 AÑO. AL MOMENTO PACIENTE SINTOMATICO, REFIERE CUADRO CLINICO DE PIROSIS, REFLUJO GASTROESOFAGICO Y SENSACION DE FLATULENCIA CON DIFICULTAD PARA ELIMINACION. PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON BUENA MECANICA RESPIRATORIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XXX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROSIS HEPATICA	K740		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	14:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-12-03	14:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	