

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BARREIRO	ANNABELLY MARIA AUXILIADORA	24	05	1962	63 años, 10 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303999492	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-764-6469 /
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	1303999492	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	04	06
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

☐

ESTEATOSIS
/MSLD

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE CA DE MAMA Y DE RIÑÓN, AL MOMENTO EN REMISIÒN, CON HISTORIA DE CONSTIPACIÒN DE LARGA EVOLUCIÒN, QUE PRESENTA DOLOR EN MARCO CÒLICO 10/10 DE EVA, NAÙSEAS QUE NO LLEGAN AL VÒMITO. 0961168565, ADEMAS REPORTA HIDRONEFROSIS BILATERAL GRADI 1 LEVE PIELOECTASIA RENAL BILATERAL Y LITIASIS RENAL BIALTERAL. ESTEATOSIS HEPÀTICA GRADO 3, LIPOMATOSIS PANCREÀTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJNTO.

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
2026-04-06	12:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-04-06	12:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

