

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO		A	1304144650							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEVALLOS		ANCHUNDIA		FATIMA		MARIA	F	24/03/1964	60	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
992334389		MSP		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI	TOSAGUA		TOSAGUA		X								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MADURO CON APP DE HTA CRONICA EN TTO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS, OBESIDAD GRADO 3, NO ALCOHOLISMO, NO TABAQUISMO, NO DROGADICCION, NO USO DE OTRA MEDICINA DE FORMA CRONICA, NO HEPATITIS. PRESENTA DOLOR ABDOMINAL CRONICO TIPO PESANTES, LOCALIZADO EN ABDOMEN ALTO, NO SANGRADO DIGESTIO, NO ICTERICIA. EXAMEN FISICO: ABDOMEN GLOBULOSO, BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO. PACIENTE PRESENTA ECOGRAFIA QUE MUESTRA DAÑO HEPATICO. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA ABDOMINAL DEL 14 DE OCTUBRE DEL 2024: HIGADO DE TAMAÑO NORMAL, DE ECOGENICIDAD Y ECOESTRUCTURA NODULAR. VIAS BILIARES INTRA E EXTRAHEPATICAS NORMALES.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	CIRROSIS NODULAR	K746		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/10/2024	15:00:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1308639879				



Firmado electrónicamente por:
IGNACIO XAVIER
MANRIQUE AVEIGA

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	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)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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