

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1268	CS Agua Fria		A	1304265190			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
De la Cruz				Hernandez			05-05-46	78	
TELÉFONO (DELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
0969125224-				☒		☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO						
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISH	☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura						
Manabí	TUNJA	TUNJA	☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE / DERIVA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP		consulta - Ext. Gastroenterología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente masculino adulto mayor de 78 años, sin App, acude por primera vez por tipo pesadez en flanco izquierdo, acude con exámenes de laboratorio. Paciente al momento refiere anorexia, insomnio, fatiga, astenia, mal estar general.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Ecografía: Abdominal. Esteatosis hepática grado I. Esplenomegalia grado 2. Nódulo esplénico, Adenopatías retroperitoneales. Microcalcificaciones bilaterales.	

E. DIAGNÓSTICO	
1. Esplenomegalia	OK
2. Esteatosis hepática	OK

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)
21-11-24	10:00
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1304278326	[Firma]
Dr. Luz Mendoza Cruz ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYE 1026-2022-2477525	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
☐	☐

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1.	OK
2.	OK

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)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA