

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DAZA	DAZA	MARIA VICTORIA	05	05	1965	60 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304862657	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUENTE EL VERGEL y	098-617-9050 /
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	1304862657	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2026	01	14
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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CIRROSIS HEPATICA, HIPERTENSION Y DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO , APQX: COLECISTECTOMIA, LIGADURA DE 5 VARICES ESOFAGICAS, AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE, NAUSEAS, DECAIMIENTO Y PERDIDA DE APETITO. AL INTERROGATORIO INDICA QUE BEBIA MUCHO ALCOHOL HASTA HACE 5 AÑOS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE AL MOMENTO NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	K703		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	10:14	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-14	10:14	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	