

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                     |                  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                   |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA             | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (USCA) | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                                 | 1410             | HAGA                     | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1304884867                        | 71179             |
| PRIMER APELLIDO                     | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SEXO                              | FECHA NACIMIENTO  |
| MUNOZ                               | CHICA            | FRANCISCO                | ESTENIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | M                                 | 1/11/1953         |
| NÚM. TELÉFONO (CELULAR O COMERCIAL) |                  | REFERENCIA               | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)           |                   |
| 0959912518                          |                  | X                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | H S M A                           |                   |
| PROVINCIA                           | CANTÓN           | PARECIENTE               | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                   |
| MANABI                              | JAMA             | JAMA                     | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva.<br>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         | ESPECIALIDAD      |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | GASTROENTEROLOGÍA |

## CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO CRÓNICO E ID: CIRROSIS HEPÁTICA. QUIEN A SU LLEGADA MENCIONA DISTENSIÓN ABDOMINAL, EDEMA, LIGERA DIFICULTAD RESPIRATORIA QUIEN REFIERE HABERSE REALIZADO PARECENTESIS HACE 1 MES. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN GLOBULOSO Y TIMPÁNICO CON PRESENCIA DE ONDA ASCÍTICA. AL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, GLASGOW 15/15.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGLOBINA: 12.5 HEMATOCRITO: 36.8 PLAQUETAS 55.000 UREA: 35.2 CREATININA: 1.04 ACIDO URICO: 6.12 TGO: 77.4 TGP: 28.7

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE- PRESUNTIVO                                  | DEF- DEFINITIVO | CE | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|-----------------|----|-----|-----|
| OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS | K746            |    | X   | 4.  |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                        |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh-mm) | PRIMER NOMBRE                                                                          | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-27                            | 8:30         | MARCOS                                                                                 | AZUA            | CEDENO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | SELLO                                                                                  |                 |                  |
| 1311550667                            |              | Dr. Marcos Antonio Azua Cedeno<br>ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL<br>C.I.: 2311550667 |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |   |    |                        |    |   |    |
|------------------------|----|---|----|------------------------|----|---|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | X | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | X | NO |
|------------------------|----|---|----|------------------------|----|---|----|

CONTRAREFERENCIA ☐REFERENCIA INVERSA ☐

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

|                         |           |                          |           |                                   |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (USCA) | 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 | CE | PRE | DEF |
|-----------------|-----------------|----|-----|-----|
|                 |                 |    |     | 4.  |
|                 |                 |    |     | 5.  |
|                 |                 |    |     | 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            |
|                                       |              |               |                 |                  |