

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	GARCIA	YINNER DIOCLE	01	09	1967	57 años, 3 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304939018	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JUAN VASQUEZ y	098-757-4239 /
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	1304939018	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	12	19
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 DE 57 AÑOS QUE ACUDE POR REALIZARSE ESTUDIO QUE SE EVIDENCIA COMPRESIÓN DE AORTA ABDOMINAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE. SE REALIZA REFERENCIA CON GASTROENTEROLOGÍA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: EN CAVIDAD ABDOMINAL SE VISUALIZA IMAGEN SOLIDO QUISTICA QUE ENVUELVE COMPLETAMENTE LA AORTA Y LA ARTERIA RENAL IZQUIERDA Y DERECHA. SIN EVIDENCIARSE IRREGULARIDADES EN SU PARED EN FASE ARTERIAL. LA MISMA MIDE 12X11 CM, EJERCE EFECTO DE MASA Y DESPLAZA AL URETER IZQUIERDO EN SENTIDO EXTERNO. EN INTIMO CONTACTO CON LA TRAQUE SUPERIOR LATERALIZADO HACIA LA DREHCA IMAGEN DE 17 MM QUE IMPRESIONA DEPENDER DE LA TRAQUE AMEDIANTE UN TRAYECTO FISTULOSO REPLETA DE CONTENIDO AEREO. HALLAZGOS EN PROBABLE RELACIÓN A PROCESO PROLIFERATIVO CONSIDERAR CONOCER SU NATURALEZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL ABDOMEN	C762	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-19	11:05	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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