

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	JACINTO ROBERTO	10	09	1966	57 años, 11 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304969676	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	099-517-1766 /
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	1304969676	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2024	08	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☒

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☐

Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE SE ACERCA PARA REVISIÓN DE EXAMENES y ecografia. REPORTE ECOGRAFICO INFORMA: HIGADO, LOBULO HEPATICO DERECHO, PARTE INFERIOR Y POSTERIOR, SE OBSERVA UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA MASA, REDONDEADA, HIPERECOGENICA, CON LIGERA CAPTACION VASCULAR, DE GRAN TAMAÑO, MIDE 9.6 X 8.7 X 9.0 CM, CON VOLUMEN DE 400 cc.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Eco: HIGADO, LOBULO HEPATICO DERECHO, PARTE INFERIOR Y POSTERIOR, SE OBSERVA UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA MASA, REDONDEADA, HIPERECOGENICA, CON LIGERA CAPTACION VASCULAR, DE GRAN TAMAÑO, MIDE 9.6 X 8.7 X 9.0 CM, CON VOLUMEN DE 400 cc.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA	K769		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-23	11:14	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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
2024-08-23	11:14	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	