

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1305044925	1305044925
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
LOOR	TORRES	ANA	RAMONA	M	20/10/1963
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN		
//0991320676 // 0988834727		X	X		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	1. Accesibilidad geográfica			
MANABÍ	BOAQUE	2. Falta de espacio físico			
		3. Falta de equipamiento			
		4. Equipos en mal estado			
		5. Problemas de infraestructura			
		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	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MUJER DE 61 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HTA DE LARGA DATA EN TT CON LOSARTAN 100 MG VO QD AM, DM2 DE LARGA DATA EN TTO CON INSULINA NPH 20 UI SC AM Y 20 UI SC PM, NO REFIERE ALERGIAS, ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CAUDRO CLÍNICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARATRIZADO POR DOLOR ABDOMINAL A NIVEL MESOGASTRIO DE EVA DE 10/10 NIEGA QUE SE IRRADIA A OTRO SITIO REFIERE QUE HACE 2 MESES PRESENTO CAIDA DE SU PROPIA ALTURA EN SEDESTACION NIEGA ALGUNA SECUELA POR TRAUMA AL EXAMEN FISICO, ABDOMEN DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN MESOGASTRIO DEPRESIBLE, RHA PRESENTES RESTO SIN PATOLOGIA ACUDE CON REPORTE ECO ABDOMINAL ID QUISTE HEPATICO SIMPLE MAS ESTEATOSIS GRADO 1 HOY ASINTOMATICA, NORMOTENSA ALERTA Y ESTABLE COLABORA CON INTERROGATORIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRETENDIENTE	DEF. DETALLADO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. ENFERMEDAD QUISTICA DEL HIGADO	Q446		X	4			
2.				5			
3.				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-04	10:00 a.m.	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	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 ÚNICA	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

PRETENDIENTE	DEF. DETALLADO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.				4			
2.				5			
3.				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	

MSP.
ch

