

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MOREIRA	ADALBERTO JOSE	20	10	1966	59 años, 7 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305255463	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	FRANCISCO GONZALEZ ALAVA y	098-976-7944 /
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	1305255463	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2026	06	17
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

HOMBRE DE 59 AÑOS DE EDAD CON APP: CIRROSIS HEPATICA , FIBROSIS HEPATICAS COLELITIASIS, VARICOCELE, DMT2 TTO GLIBENCLAMIDA 5MG VO QD , APQ: HERNIOPLASTIA #3 , LIPOMECTOMIA, APF: PADRE CON CIRROSIS HEPATICA (FALLECIDO), MADRE CANCER DE ESTOMAGO (FALLECIDA), HERMANA MAYOR CIRROSIS HEPATICA (FALLECIDA), HERMANA MENOR NODULOS TIROIDEOS, ALERGIAS: NO REFIERE, HÁBITOS TÓXICOS NO REFIERE. EN CONTROL EN HOSPITAL DE CHONE POR GASTROENTEROLOGIA QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA CON CAUDRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR ICTERICIA GENERALIZADA Y EN CONJUNTIVAS PERDIDAD DE PESO, ASTENIA Y DOLOR ABDOMINAL AL EXAMN FISICO ABDOEMN DOLOR A LA PALAPCION PROFUNDA DEPRESIBLE RHA PRESENTES, EXTREMIDADES INFERIORES EDEMA + SIGNOS VIATLES TA 114/66MMHG AL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE ASTENIA E ICTERICIA GENERALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABORATORIOS PARA REVISIÓN FOSFATASA ALCALINA 388U/L Y EMO NO PATOLOGICO RESTO DE RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFIAS EN SISTEMA DE HOSPITAL DE CHONE, COLANGIO/RESONANCIA EN ESPERA DE REPORTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROSIS HEPATICA	K740		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	10:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clínico

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
2026-06-17	10:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	