

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO										
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1305801613													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
											H	D	M	A					
LUCAS		GANCHOZO		DIGNA		LICINIA		F	09/02/1957	68				X					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	DERIVACIÓN			MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
0984319332-0969028080		NO																	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA															
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CIRROSIS HEPATICA EN TRATAMIENTO CON REQUERIMIENTO DE PARACENTESIS CADA 15 DIAS
CON ANTECEDENTES DE LIGADURAS DE VARICES ESOFAGICOS. HACE 6 MESES Y CUADRO DE ENCEFALOPATIA HEPATICA. PACIENTE AL MOMENTO CON CUADRO
CRONICO DE DISNEA EN MINIMOS ESFUERZOS, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, ASCITIS +++, EPIGASTRALGIA EVA 8/10. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON PERDIDA
DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO. ABDOMEN GLOBULOSO CON ONDA ASCITICA POSITIVA. SE EVIDENCIA CIRCULACION COLATERAL ESTRIAS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SIGNOS VITALES: TA: 135/72 MMHG; FC: 78 LPM; FR: 19 RPM; T: 36.4 C; PESO: 61 KG; TALLA: 146 CM; IMC: 27.8

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADA			K746		X	4.			
2.							5.			
C							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/07/04	09.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA				DERIVACIÓN JUSTIFICADA									
SI		NO								SI		NO	

CONTRA REFERENCIA ☐

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 TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	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