

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VERA	DOLORES DIOLANDA	19	09	1965	59 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305826842	MANABI	CHONE	CANUTO	GUARUMAL y	098-500-2453 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305826842	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	24
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 FEMENINA DE 59 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL MEDICO Y POR SOLICITUD DE REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA APP: HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100MCG QD. LITIASIS RENAL ALERGIAS: NO REFIERE. APF: PADRE CON HIPERTENSION, MADRE CIRROSIS (FALLECIDOS). REFIERE DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, DISTENSION ABDOMINAL OMATOLOGIA RESPIRATORIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. TRAE CONSIGO ECOGRAFIA REALIZADA EL 15 DE AGOSTO DEL 2024: "HIGADO CON AUMENTO DE LA ECOGENICIDAD REFLEXION Y SIGNOS DE FIBROSIS, BAZO AUMENTADO DE TAMAÑO DE 140 MM PR 87 MM, DISTENSION DE ASAS POR GASES". PACIENTE CON ESPLENOMEGALIA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: COLESTEROL 187.00 // TRIGLICERIDOS 238.00 // TGO 43 // TGP 40 // TSH 1.06 // T4

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROSIS HEPATICA	K740	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-24	13:16	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-02-24	13:16	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

