

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEVALLOS	MELIDA ISABEL	30	06	1969	56 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306227107	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE LILA MANSILLA y	099-484-4054 /
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	1306227107	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2025	10	20	
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 55 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS DE 20 AÑOS Y COLICISTECTOMÍA, SIN ALERGIAS CONOCIDAS. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERENCIA. PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA QUE REPORTA CAMBIOS MORFOLOGICOS SUGESTIVOS DE HEPATITIS CRONICA AVANZADA, CON HIPERTROFIA COMPENSATORIA DEL LOBULILLO IZQUIERDO Y CAUDO, ASOCIADO A ESPLENOMEGALIA Y ASCITIS DISTRIBUIDA EN CAVIDAD ABDOMINAL. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, CABEZA, CUELLO Y OROFARINGE SIN ALTERACIONES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR NI MASAS PALPABLES, CARDIORESPIRATORIO SIN HALLAZGOS, EXTREMIDADES SIN DEFORMIDADES, PIEL Y MUCOSAS NORMALES, SISTEMA NEUROLÓGICO DENTRO DE LA NORMALIDAD. SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	K746	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	12:39	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-20	12:39	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

