

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PALMA            | GARCIA           | NARCISA DE JESUS | 07                  | 07  | 1966 | 58 años, 7 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | Pais           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                                 | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306633734        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CALLE 12 DE OCTUBRE y CALLE 12 DE OCTUBRE | 096-947-8011 /      |
| Ver instructivo | Describir Pais | 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                 | 1306633734      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología | 2025  | 02  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

paciente prersenta desde hace un año dolor abdominal difuso acompañado de flatulencias, nauseas. vómitos postprandfiales inmediatos, perdida de peso y abdomen globuloso(ascitis), viene con estudio ecografico, CsPs. claros, RsCs. ritmicos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: CANCER DE CABEZA DEL PANCREAS ASCITIS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA DEL PANCREAS | C250   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-19 | 08:15 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-19 | 08:15 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 |       |