

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LINO	ZAMBRANO	ANA MARGARITA	14	09	1952	73 años, 0 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306881747	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y CDLA LOS NARANJOS 1	099-764-9490 /
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	1306881747	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	09	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE A CITA DE CONTROL TRAE ECOGRAFIA HEPATICA REALIZADA CON AUMENTO DE TAMAÑO DE QUISTE HAPATICO, REFIERE QUE A VECES TIENE DOLOR ABDOMINAL ESPORADICO, PACIENTE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA CON ENALAPRIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECO DE ABDOMEN: HIGADO CON ECOGENICIDAD NORMAL, SE OBSERVA QUISTE HEPATICO QUE MIDE 58MM, VESICULA BILIAR POCO VISIBLE, PANCREAS Y BAZO NORMAL RIÑON DERECHO 4LITOS DE 2 Y 3MM, NO DILATACION PIELLOCALICIAL, RIÑON IZQUIERDO PRESENCIA DE ARENILLAS SIN DILATACION. ENFERMEDAD HEPATICA POLIQUISTICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD QUISTICA DEL HIGADO	Q446		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	08:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

