

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	MUÑOZ	CARMEN MARIA	01	10	1965	59 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307041770	MANABI	CHONE	SANTA RITA	30 DE MARZO y	099-223-8600 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1307041770	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	07	12
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, APP: HTA (LOSARTAN 100MG), APF: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR NAUSEAS Y VOMITOS POSPANDRIALES INMEDIATOS, ACOMPAÑADO DE DISPESIA Y SENSACION DE PLENITUD GÁSTRICA PRECOZ, REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE GRAN INTENSIDAD. SE REALIZA ECOGRAFIA ABDOMINAL EL CUAL REPORTA: ESTEATOSIS HEPATICA GRADO III. LIPOMATOSIS PANCREATICA. SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA PARA VALORACION POR MEDIO DE ENDOSCOPIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE,HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, DOLOR INTENSO A LA PALPACION. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HG 14.7, HTO 44.1, PLAQ 277, GLUCODS 98.1, UREA 18.1, CREA 0.74, COLEST 176.2, TRIG 198.3, ACIDO URICO: 6.41, EMO: LEU 2-3, BACTERIAS +, PARATIFICO A NEGATIVO, PARATIFICO B NEGATIVO, PROTEUS OX2 NEGATIVO, EBERTH O, H NEGATIVO, PROTEUS OX19 NEGATIVO, PROTEUS OXK NEGATIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL HIGADO , NO ESPECIFICADA	K769		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-12	18:07	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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 clínico

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
2025-07-12	18:07	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

