

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHEVERRIA	ZAMBRANO	ADALBERTO ANTONIO	28	02	1967	58 años, 11 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307159713	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	VIA PIOJO y SN	093-995-7409 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1307159713	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2026	02	05	
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 MASCULINO DE 58 AÑOS ACUDE A CONTROL MEDICO, REFIERE QUE HACE 1 AÑO SE REALIZO ECOGRAFIA QUE REPORTABA QUISTE EN EL HIGADO (HEMANGIOMA HEPATICO), REFIERE QUE ESTUVO EN SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA EN CHONE POR 2 OCASIONES. REFIERE QUE MEDICO GASTROENTEROLOGO INDICO QUE EN UN AÑO NUEVAMENTE SE REALIZARA REFERENCIA PARA VALORACION DE QUISTE, SI AUMENTO DE TAMAÑO, O SE MANTIENE IGUAL, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA REFERENCIA PARA GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	D180		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	08:16	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2026-02-05	08:16	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	