

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	ZAMORA	MIREYI MARIBEL	28	07	1970	55 años, 5 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307252831	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIRIACO UNO y CIRIACO UNO	098-007-5561 /
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	1307252831	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	2026	01	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 ACUDE POR PRESENTAR HEPATOMEGALIA Y HEPATOPATIA DIFUSA EN RELACION CON ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 3 DESDE SEPTIEMBRE 2025,SE REALIZA ECOGRAFIA CONTROL Y CONTINUA CON LOS MISMO HALLAZGO A PESAR DE REALIZAR TRATAMIENTO CON ESTATINAS POR LO QUE SE REFIERE A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD CON GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA ,0/01/2026 QUE INFORMA HEPATOMEGALIA, HEPATOPATIA DIFUSA, EN RELACION CON ESTEATOSIS HEPATICA GRADO3.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEPATOMEGALIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	R160		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	08:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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
2026-01-12	08:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	