

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ORMAZA           | CARREÑO          | RAFAEL ERNESTO | 16                  | 04  | 1973 | 52 años, 10 meses, 4 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307629970        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | MIRAFLORES y                 | 097-861-8041 /      |
| 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                 | 1307629970      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 02  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

APP: ALCOHOLISMO CRONICO. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR ICTERICIA EN ESCLERAS BILATERAL QUE SE PRESENTA DESDE HACE MAS O MENOS UN MES DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE DOLOR ABDOMINAL DE TIPO SORDO LOCALIZADO A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO SENSACION DE LLENURA Y ACIDEZ, EN OCASIONES A PRESENTADO NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO. EXAMEN FISICO: ESCLERAS: ICTERICIA MARCADA. ABDOMEN GLOBULOSO SE PALPA MASA NO MOVIL INDURADA EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SOBREPASA LIMITES NORMALES DE REBORDE COSTAL. EXAMEN DE LABORATORIO: FOS FATASA ALCALINA 656 U/L GAMMA GT/GGT 385 U/L ALFAFETOPROTEINA :2.20 ng/ml. ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO: TAMAÑO AUMENTADO HETEROGENEO EN AMBOS LOBULOS , INFILTRADO HEPATICO GRASO GENERAL, BORDES IRREGULARES. PLAN FARMACOLOGICO: HEPAMERTZ 1 SOBRE CADA 12 HORAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN DE LABORATORIO: FOS FATASA ALCALINA 656 U/L GAMMA GT/GGT 385 U/L ALFAFETOPROTEINA :2.20 ng/ml. ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO: TAMAÑO AUMENTADO HETEROGENEO EN AMBOS LOBULOS , INFILTRADO HEPATICO GRASO GENERAL, BORDES IRREGULARES.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------|--------|-----|-----|
| FIBROSIS HEPATICA | K740   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-20 | 13:36 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-20 | 13:36 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

