

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	COBEÑA	JOSE MAURICIO	18	11	1978	46 años, 2 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309636346	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y X	098-754-6692 /
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	1309636346	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	01	23
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 MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO. APP: HIPERTENSION ARTERIAR TRATADO CON LOSARTAN DE 50 MG. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: DIABETES, HIPERTENSION. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN GLOBOSO, A LA PALPACION MASA EN HIPOCONDRIOS DERECHO DOLOROSA, PRESENCIA DE VASCULARIZACION COLATERAL, RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LO NORMAL, SIN SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE ACUDE A CONSULTA CON DOCUMENTOS DE REFERENCIA INVERSA DESDE HOSPITAL NAPOLEON DAVILA QUE INDICAN SOLICITAR REFERENCIA PARA GASTROENTEROLOGIA. SE INICIA TRAMITES CORRESPONDIENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO POSEE LABORATORIOS ACTUALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	K703		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-23	15:13	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-01-23	15:13	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	