

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CELORIO          | DELGADO          | MAYRA DOLORES | 17                  | 07  | 1978 | 47 años, 11 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309761995        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | SN y                         | 097-928-7402 /      |
| 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                 | 1309761995                               | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA |                   |       | 13D12 / ZONA 4 |     |
|                     |                                          |                                                    |                                                      |                   |       |                |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                                                    |                                                      |                   | Fecha |                |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                                                    | Consulta externa                                     | Gastroenterología | 2026  | 07             | 10  |
| 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 clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FEMENINA DE 47 AÑOS, QUIEN ACUDE POR CHEQUEO MEDICO REFIRIENDO QUE YA LE OPERARON DE LA VESICULA BILIAR... AL RASTREO ECOGRAFICO 2025:- SE OBSERVA HIGADO LIGERAMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO DE 12 x 15cm CON IMAGEN HIPOECOGENICA DE BORDE NO BIEN REGULARES DE 5x 6 cm EN SEGMENTO III DE LOBULO IZQUIERDO DEL HIGADO.. AL MOMENTO SIGNOS VITALES NORMALES... EN RESULTADO DE Ex. DE LAB.- Q.S NORMAL SOLO QUISTE DE ENTAMOEBA HYTOLITICA... Ahora con resultados de Ex. de Lab: Colesterol: 236mg/dl. LDL.- 126mg/dl.- |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| . AL RASTREO ECOGRAFICO 2025:- SE OBSERVA HIGADO LIGERAMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO DE 12 x 15cm CON IMAGEN HIPOECOGENICA DE BORDE NO BIEN REGULARES DE 5x 6 cm EN SEGMENTO III DE LOBULO IZQUIERDO DEL HIGADO.. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD QUISTICA DEL HIGADO | Q446   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-10 | 14:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

## 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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-07-10 | 14:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO | 81     |       |

