

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MANTUANO	DIOCLES LEONARDO	20	05	1982	42 años, 7 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310200801	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MALDONADO y NO	095-902-5859 /
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	1310200801	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	12	31
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 QUE ACUDE SOLICITANDO TURNO POR DEMANDA ESPONTANEA, REFIERE DOLOR PERIUMBILICAL DE TIPO QUEMANTE PUNZANTE DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD, MAS PRESENCIA DE MASA PROTRUIDA A ESE NIVEL, DEPRESIBLE QUE SEGUN MENCIONA APARECIO DE FORMNA PROGRESIVA DESDE HACE 2 MESES, ADEMAS PRESENTA ABODOMEN GLOBULOSO SUGESTIVO DE ASCITIS, EDEMA DE NIEMBROS INFERIORES DE ++, CUADRO DE LARGA DATA CON TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA, FUE MEDICADO HOY EN EMERGENCIA DE SEGUNDO NIVEL CON ANALGESIA ENDOVENOSA QUE NO REFIERE CUAL, SON MEJORIA DEL DOLOR DESCRITO, AL MOMENTO ESTASBLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, CONCIENTE CONGRUENTE, SE REALIZA REFERENCIA PARA SEFGUNDO NIVEL PARA MEJOR MANEJO Y TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON CIRROSIS Y FIBROSIS DEL HIGADO	K717	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-31	11:03	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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

