

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	CEDEÑO	JONATHAN JAVIER	05	10	1993	31 años, 5 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310743974	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	E y	098-866-3745 /
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	1310743974	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	03	26
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	☐	CIRROSIS ALCOHOLICA	

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 31 AÑOS, NO SE REFIERE ANTECEDENTES CLINICOS O QUIRURGICOS, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR CRONICO TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO E IZQUIERDO, QUE EMPEORA CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y ALIMENTOS COPIOSOS, TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA ENFERMEDAD PARENQUIMATOSA HEPATICA DIFUSA DE CAMBIOS CRONICOS - CIRROSIS, PACIENTE REFIERE CONSUMO EN GRANDES CANTIDADES DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE FORMA DIARIA POR VARIOS AÑOS. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD // NUMERO TELEFONICO 0994500664 // 0994689794

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HIGADO DE TAMAÑO AUMENTADO, MIDE 18,52 CM, BORDES IRREGULARES, ECOGENICIDAD AUMENTADA, PARENQUIMA HETEROGENEO CON PATRON MICRONODULAR DISFUSO VÍAS BILIARES NO DILATADAS, VESICULA PLENIFICADA, PAREDES NO ENGROSADAS. BAZO DE TAMAÑO AUMENTADO MIDE 12,3 CM ECOGENICIDAD CONSERVADA, PARENQUIMA HOMOGENEO, SIN PRESENCIA DE LESIONES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	K703		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-26	10:10	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-03-26	10:10	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

