

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | QUIJJE           | PAUBLA MARGARITA | 30                  | 06  | 1940 | 84 años, 6 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312801242        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LIMÓN 1 y                    | / 0988926593         |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1312801242      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General | 2025  | 01  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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

DOLOR ABDOMINAL DESDE HACE 5 DIAS MAS O MENOS TIPO ARDOR EN OCASIONES Y AGUDO LOCALIZADO EN FLANCO IZQUIERDO IRRADIADO A MESOGASTRIO - ACOMPAÑADO DE ALTERACION DEL RITMO INTESTINAL- CON EPISODIOS DE CONSTIPACION Y DIARREAS FETIDAS- DISPEPSIA A ALGUNOS ALIMENTOS TIPO GRASOS Y LACTEOS- TAMBIEN HA TENIDO PERDIDA DE PESO LEVE - AL EX FISICO SE PALPA MASA EN FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: 1.- ENFERMEDAD PARENQUIMATOSA DEL HIGADO DIFUSA- ESTEATOSIS GRADO II - 2 ., LESION OCUPANTE DE ESPACIO A NIVEL DEL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO EN ZONA COLONICA DE CARACTERISITICAS A PRECISAR + ADENOPATIAS REACTIVAS NO ABSCEDADAS ADYACENTES - 3.- QUISTE CORTICORENAL SIMPLE UNILATERAL DERECHO .BOSNIAK I

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA | C189   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                           |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-01-15 | 08:21 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |  Firmado electrónicamente por:<br>MARIO FABIAN CERCADO PLUAS |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2025-01-15 | 08:21 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |