

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	MERA	ANGELA GEMA	10	02	1996	30 años, 4 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313674366	MANABI	CHONE	CONVENTO	MATEO y CARLOTA JARAMILLO	096-797-8314 /
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	1313674366	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	06
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 ADULTA DE 30 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE INTENSIDAD MODERADA CON LOCALIZACION EN EPIGASTRIO HIPOCONDRIO DERECHO SE REvisa ECOGRAFIAEN LOS CUALES SE EVIDENCIA FORMACIÓN NODULAR EN SEGMENTO HEPÁTICO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. REFIERE AUSENCIA DE DOLOR ABDOMINAL INTENSO, ICTERICIA, FIEBRE O PÉRDIDA DE PESO RECIENTE. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. SIN HEPATOMEGALIA O ESPLENOMEGALIA CLÍNICAMENTE EVIDENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HALLAZGO IMAGENOLÓGICO DE FORMACIÓN NODULAR EN SEGMENTO HEPÁTICO, QUE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA CARACTERIZACIÓN ETIOLÓGICA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL HIGADO, ESPECIFICADAS	K758		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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 clínico

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
2026-07-06	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

