

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MOREIRA	IBETH IRENE	23	03	2000	24 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313918326	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	095-980-0168 /
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	1313918326	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2024	12	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON HISTORIA DE COLESTASIS INTRAHEPATICA EN EMBARAZOS ANTERIORES (ULTIMO HACE UN AÑO 45MESES, EN CONTROL DE LABORATORIOS DE AGOSTO TGO 61, TGP 104, REFIERE QUE CONSTANTEMENTE PRESENTA PRURITO EN MANOS Y PIES Y LUEGO SE DISEMINA EN EL RESTO DEL CUERPO ACOMPAÑADO DE HABONES. ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA HACE 2 AÑOS, LIGADURA DE TROMPAS HACE UN AÑO, TOMA LORATADINA EN EPISODISO ALREGICOS CONTROL ECOGRAFICO REPORTA HIGADO CON INFILTRACION GRASA,NO REPORTA GRADO DE ESTEATOSIS SIN EMBARGO EN LAB DEL 30/11/2024PERSISTE TRANSAMINITIS TGO 90.5, TGP 93.7, IG E 142

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRANSAMINITIS PERSISTENTE VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA	K769	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	08:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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