

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MOREIRA	JENNIFER ADRIANA	17	03	1992	34 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314036268	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO SIMON BOLIVAR y	096-222-4471 /
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	1314036268	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	06	15
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 ACUDE A REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO TIENE ANTECEDENTE DE MAS DE UN AÑO CON COLORACION ICTERICA DE PIEL Y MUCOSAS, TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR DEPOSICIONES, TIENE UN EX DE LAVOTARIO CON PRESOMINIO DE BDIRECTA LIGERAMENTE AUMENTADA, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, NIEGA AUTOMEDICACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: BT 1 .41, BD 0.57, BI 0.84 ULTRASONIDO: ECO DE ABDOMEN HIGADO CONTORNOS Y BORDES REGULARES VESICULA NORMAL, PANCREAS NORMAL, RIÑON DERECHO NORMAL RIÑON IZQUIERDO 4 IMAGENES LLITIASICAS BUENA RELACION DE CORTEZA MEDUALR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA, NO ESPECIFICADO	E807	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	10:32	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
2026-06-15	10:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	