

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VITE             | HEREDIA          | ROSA ELIZABETH | 31                  | 08  | 1992 | 33 años, 7 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314771260        | MANABI              | CHONE  | RICAU RTE | BRAZIL y                     | 099-230-7768 / (09)-813-0528 |
| 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                 | 1314771260      | RICAU RTE                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 04  | 21  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA (LOSARTÁN 100 MG + AMLODIPINO 5 MG + CLORTALIDONA 25 MG UNA VEZ AL DÍA), HIPERLIPIDEMIA EN TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA 40 MG QD, Y PREDIABETES CON METFORMINA 500 MG QD, REFIERE NO HABER PODIDO OBTENER LA CLORTALIDONA EN EL IESS CAMPESINO (PA ACTUAL: 145/88 MMHG). ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE SALPINGECTOMÍA BILATERAL Y EXCÉRESIS DE MAMA NUMULAR. ACUDE PARA REVISIÓN DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL QUE REPORTA LIPOMATOSIS PANCREÁTICA Y ESTEATOSIS GRADO II POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DEBIDO AL RIESGO CARDIOVAS CULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR: ENFERMEDAD PARENQUIMATOSA HEPÁTICA DIFUSA ESTEATOSIS GRADO II, LIPOMATOSIS PANCREÁTICA, SIGNOS ECOGRÁFICOS DE IRRITABILIDAD GÁSTRICA. METEORISMO CONSIDERAR COLON IRRITABLE.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------|--------|-----|-----|
| LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | E882   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-21 | 12:12 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-21 | 12:12 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

