

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO								
MSP		1281	CS RICAURTE	CS A	1314799642	1314799642								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
INTRIAGO		MENDOZA		GINGER		CATALINA		M	7/8/1998	27	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0959553837				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		X					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA			8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABÍ		CHONE		RICAURTE			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
				3. Falta de equipamiento.										
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		CENTRO DE SALUD TIPO A RICAURTE		CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGÍA	

C. RESUMEN CLÍNICO

GESTANTE DE 27 AÑOS, EMBARAZO DE 13.4 SEMANAS POR FUM CONFIABLE, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELEVANTES, ACUDE A CONTROL PRENATAL. LABORATORIOS MUESTRAN ELEVACIÓN SIGNIFICATIVA DE TRANSAMINASAS (TGO 90.50 U/L, TGP 175.10 U/L), SUGIRIENDO HEPATOCITÓLISIS. ANTE LA POSIBILIDAD DE HEPATOPATÍA DEL EMBARAZO, INFECCIÓN VIRALES U OTRA CAUSA HEPÁTICA, SE SOLICITA VALORACIÓN EN SEGUNDO NIVEL PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO Y MANEJO OPORTUNO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO/ DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA		K759	X		4.			
2.	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL		Z340		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
9/2/2026	15:50	KIMBERLY	GUERRERO	SALTOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313050203				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO/ DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	