

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	PINARGOTE	MARCELA JULISSA	30	07	1999	26 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315100170	MANABI	CHONE	RICAURTE	LA YOYITA y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315100170	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	08	07
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

PAIENTE ACUDE PÑOR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR MALESTRA GENERAL CEFALEA DE TIPO PULSATIL VALORES DE PRESION ARTERIAL ELEVADA TEST DE FINDRISK 15 ADEMAS ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Positivo (++) Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Negativo
COPROLOGICO: COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO Color Café Consistencia Pastosa EXAMEN COPROPARASITARIO
Parásitos No se observan parásitos Método: Microscopía Helicobacter Pylori en Heces Negativo ACIDO FOLICO SERICO E
INTRAERITROCITARIO: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.39 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 12.7 g/dL 13 - 17
Hematocrito 39.3 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 89.5 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.9 pg
27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.3 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13 % 11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 43.2 μm³ Plaquetas 261 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.25 % 0.1 - 0.5 Volumen
Plaquetario Medio (MPV) 9.7 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas
grandes) 62 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 23.7 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 5.64 10³/μL 4 - 10 Linfocitos
(%) 33.5 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 58 % 55 - 65 Monocitos (%) 4.9 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 3.3 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.3 % 0 - 2
Linfocitos (#) 1.89 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.26 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.28 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.19 10³/μL 0 -
0.5 Basófilos (#) 0.02 10³/μL 0 - 0.2 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO -
QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1020 pH 6.0 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL
Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo
Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 3-4 / Campo Píocitos 1-3 / Campo Hematíes 1-2 / Campo
Células Epiteliales 3-5 / Campo Moco +++ Bacterias ++ ULTRASONIDO: QUISTE SOLITARIO DEL HIGADO ACIDO LACTICO: Glucosa
95.4 mg/dL 70 - 110 Urea 25.70 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.73 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.70 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 149.7 mg/dL
0 - 200 Triglicéridos 210.8 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 22.11 U/L 0 - 31 TGP/ALT 14.65 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD QUISTICA DEL HIGADO	Q 446		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	09:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-07	09:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	