

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REZABALA	RIVERA	TAMINA CATTLEA	13	09	2015	9 años, 11 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	1352193914	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	GRANDA CENTENO y	096-905-3552 /
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	1352193914	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	09	11
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 ☐

ESTEATOSIS
HEPATICA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 9 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO Y VOMITO. AL INTERROGATORIO REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE SE ACOMPAÑA NAUSEAS Y VOMITOS (REFIERE 15 DIARIOS), ACTUALMENTE VOMITOS CEDIERON, REFIERE QUE LA LLEVARON A EMERGENCIA EN DONDE DESCARTARON APENDICITIS. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA FASCIE PALIDA, DOLOR A PALPACION PROFUNDA DE HIPOCONDRIO DERECHO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DEL 10/09/2025 QUE REPORTA: MARCO COLONICO CON ABUNDANTES GASES INTESTINALES, ESTEATOSIS HEPATICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	K760		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	11:08	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-11	11:08	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

