

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	SUNILDA VICTORIA	23	12	1962	62 años, 1 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	1708395510	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDL NARANJOS 2 y	098-048-0244 / (99)-999-9999
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	1708395510	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	12
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 FEMENINA DE 61 AÑOS. APP: DM (HACE 10 MESES) EN CONTROL CON METFORMINA 500 MG, HTA (HACE 39 AÑOS, REFIERE QUE EN ULTIMA CONSULTA CON CARDIOLOGA LE PRESCRIBIO UNICAMENTE TOMAR FUROSEMIDA DE 20 MG COMO TTO) , CIRROSIS HEPATICA (HACE 8 MESES). AQX: NO REFIERE. AL MOMENTO ACUDE A CITA MEDICA PARA LLEVAR SEGUIMIENTO CON GASTROENTEROLOGIA, YA QUE REFIERE QUE NO HA LLEVADO CONTROLES EN LOS ULTMOS MESES, AL MOMENTO REFIERE DOLOR A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO, PERDIDA DE PESO, ANOREXIA Y SENSACION DE PLENITUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CIRROSIS, SIN CONTROLES ACTUALES PACIENTE SE REALIZO ECO ABDOMINAL TIPO C: LA CUAL REPORTA HIGADO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD HOMOGENEO, EN REPORTE NO SE ESPECIFICA CARACTERISTCAS DE VESICULA SIN EMBARGO SE VISUALIZA VESICULA DILATADA Y CON FORMA ANORMAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	K746		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	17:46	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-02-12	17:46	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

