

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	NAVARRETE	JHONNY CALIXTO	01	08	1992	33 años, 2 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300602550	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	EL CARMEN y	093-969-1982 /
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	2300602550	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN		HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	10	15
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

S: Paciente sin app , hospitalizado hace 2 meses por 12 días por cuadro de ictericia , proceso que se filio a hepatitis A con elevación de transaminasas TGP 855 (19 N), TGO 306 (8 N) , en proceso de insuficiencia hepática aguda, no fue aceptado por ningún hospital de mayor complejidad en el tiempo de hospitalización. Acude para seguimiento , hay persistencia de transaminasas elevadas en 7N

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AST (SGOT): TGO 260 , TGP 320, BT. Tptal 1.40, B directa 0.43, B indirecta 0.97 AST (SGOT): Bilirrubina Total 6.69 mg/dL , Bilirrubina Directa 2.77 mg/dL , TGO/AST 306.03 U/L , TGP/ALT 855.72 U/L , AUTOINMUNES E INFECCIOSAS Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo , SUERO ICTERICO Hepatitis C Anticuerpos Totales (HCV) Negativo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ELEVACION DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS O DESHIDROGENASA LACTICA [DHL]	R740		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	12:19	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	

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
2025-10-15	12:19	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	