

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GANCHOZO         | BALAREZO         | MARICELA NATIVIDAD | 04                  | 11  | 1986 | 39 años, 5 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0804149409        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | PARRALES y 0                 | 098-368-7062 /       |
| 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                 | 0804149409      | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General | 2026 | 04    | 08  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA DOLOR EN HIPONDRIO DERECHO CON MANIOBRA MURPHY POSITIVA EN ECOGRAFIA REPORTA VESICULA BILIAR SIGNOS DE CONTRACCION POSTPANDRIAL SECUNDARIA ALA INGESTA RECIENTE DE ALIMENTOS LO HIPEREXOGENICA LIGERAMENTE ENGROSADA 0.31CM DETECCION DE MICROLITIASIS MEDIDAS 6.80CM X 2.62CMN DE OAREDES CON DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE COLESCISTITIS AHIDA ALITIASICA MARRO BILIAR DENS O EN BACINETE MAS ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 2 LITIASIS RENAL BILATERAL METEORISMO ABDOMINAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REPORTA VESICULA BILIAR SIGNOS DE CONTRACCION POSTPANDRIAL SECUNDARIA ALA INGESTA RECIENTE DE ALIMENTOS LO HIPEREXOGENICA LIGERAMENTE ENGROSADA 0.31CM DETECCION DE MICROLITIASIS MEDIDAS 6.80CM X 2.62CMN DE OAREDES CON DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE COLESCISTITIS AHIDA ALITIASICA MARRO BILIAR DENS O EN BACINETE MAS ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 2 LITIASIS RENAL BILATERAL METEORISMO ABDOMINAL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------|--------|-----|-----|
| CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS | K804   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-04-08 | 14:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | EDGARDO JUVENAL ALAY MERO | 1310535131 |       |

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                                                                                 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-08 | 14:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | EDGARDO JUVENAL ALAY MERO | 1310535131 |  |

Dr. Edgardo Alay M.  
MÉDICO ESPECIALISTA  
MEDICINA FAMILIAR  
Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

