

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	PERALTA	WILSON ALFREDO	13	03	1964	61 años, 0 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0910084441	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA SABANA y	0999681410 /
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	0910084441	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Cirugía General	2025	04 02
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 DE 61 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN HIPOCONDRIODERECHO DE MODERADA INTENSIDAD QUE SE INTENSIFICA CON ALIMENTOS COIPOSOS, EN ECOGRAFIA SE OBSERVA IMAGENES LITASICAS SE ENVIA A SEGUNDO NIVEL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HIGADO DE ECOGENESIDAD AUMENTADA DE CARACTERISTICA ESTEATOSICA GRADO 2, TAMAÑO NORMAL, CAPSULA REGULAR., CIRCULACION HEPATOPORTAL DE ASPECTO NORMAL VESICULA BILIAR, DISTENDIDA EN FORMA ADECUADA CON ENGROSAMIENTO DIFUSO DE SUS PAREDES QUE MIDE 7.6MM CON MULTIPLES IMAGENES DE LIATIASIS VISIBLE EN SU INTERIOR LA MAYOR MIDE 13X18MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	K802		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-02	15:24	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA

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