

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIIJE	SOLIS	MARIA DOLORES	28	04	1989	36 años, 4 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	0928567056	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA EGGI MARIA y	096-292-1567 /
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	0928567056	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General	2025	09	18	
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 sin app de importancia, quien presneta dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho que se irradia a espalda hace una semana ,no disuria, refiere que tiene tres días de alza termica, nauseas no vomito, se ha realizado la siguiente ecografia el 15 de sept: higado forma y tamaño normal, vesicula biliar : piriforme con imagen que proyectan sombra acustica, paredes de 5 mm de espesor, riñon derecho : normal, riñon izquierdo : imagenes ecogenicas que proyectan sombra compatible con litiasis , se soclitan bh y emo para descartar infeccion vias urinarias, murphy negativo, realizo referencia para cirugía consulta externa

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

litiasis vesicular

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE LA VESICULA BILIAR, NO ESPECIFICADA	K829		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	14:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

Firmado electrónicamente por:
ALBERTO JOSE
ZAMBRANO ALCIVAR
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-18	14:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	