

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	RODRIGUEZ	RAMON SILVINO	20	06	1949	76 años, 10 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301553325	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURAN BALLEEN y	098-075-4554 / (99)-999-9999
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	1301553325	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	2026	05	07
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 76 AÑOS DE EDAD, APP DIABETES MELLITUS TIPO II, HIPERTENSION ARTERIAL, LABERINTITIS, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJO, REFIERE QUE FUE ATENDIDO EN EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR PRESENTAR DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO EN TIPO CÓLICO INTENSIDAD MODERADA, LE APLICARON ANALGESICO IV Y ESTUVO EN OBSERVACIÓN, LE REALIZARON ECOGRAFIA DONDE SE EVIDENCIA COLELITIASIS. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMINAL: ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO I, COLELITIASIS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLELITIASIS	K808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	15:18	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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
2026-05-07	15:18	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	