

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	AMADO GEONA	17	03	1956	69 años, 5 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302690795	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SIMBOCAL y	099-248-0545 /
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	1302690795	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	09	09
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	☐	LITIASIS VESICULAR.	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE HTA MEDICADA CON 50 MG DE LOSARTAN ACUDE POR PRESENTAR 6 MESES DE EVOLUCIÓN CON DOLOR TIPO CÓLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO EN OCASIONES VÓMITOS, HA IDO A LA EMERGENCIA 6 VCS DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS MESES POR EL MISMO DOLOR, AL EXAMEN FÍSICO DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, MURPHY POSITIVO, RH AUMENTADOS. 0997688989 WS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: VESICULA CON CONTENIDO ANECOICO CON PRESENCIA DE FORMACIONES LITIASICAS EN SU INTERIOR CON SOMBRA ACÚSTICA POSTERIOR LA DE MAYOR TAMAÑO MIDE 4.3 MM EN FONDO VESICULAR. Y MICROLITIASIS RENAL PERO SIN EFECTO OBSTRUCTIVO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-09	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

