

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	LICENIA MARILIN	04	03	1966	59 años, 10 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304712464	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJÓN RUMIÑAHUI y CALLEJON RUMIÑAHUI	099-493-2881 / (05)-269-7108
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	1304712464	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	01	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS ACUDE A ESTA UO POR REFERIR CUADROS DE DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO ESPORADICOS QUE SE IRRADIAN HACIA LA ESPALDA TIPO COLICOS DE GRAN INTENSIDAD, QUE SE AGRAVA CON LA INGESTA DE COMIDAS COPIOSAS. NIEGA ALZA TERMICA, NI ALERGIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HÍGADO DE TAMAÑO NORMAL VASCULARIDAD CONSERVADA AUMENTO DE ECOGENICIDAD Y SIGNOS DE ESTEATOSIS MODERADA. VESÍCULA BILIAR DISTENDIDA EN FORMA ADECUADA PRESENCIA DE CÁLCULO DE 26.4 MM POR 15.4 MM PROYECTA SOMBRA ACÚSTICA POSTERIOR. PARED VESICULAR NORMAL COLÉDOCO DE TRAYECTO ADECUADO PERMEABLE PÁNCREAS CABEZA CUERPO COLA NORMAL. BAZO NORMAL. CAVIDAD ABDOMINAL DISTENSIÓN DE ASAS POR GASES..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	12:57	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-01-30	12:57	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

