

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	CANTOS	JUANA DEL ROSARIO	31	01	1970	56 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306014539	MANABI	JUNIN	JUNIN	LA UNION y	098-664-7681 /
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	1306014539	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	04	30
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 FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DE LARGA DATA QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL INTENSO, INTOLERANCIA A ALGUNOS ALIMENTOS, DISPEPSIAS, SE RECIBE RESULTADO DE ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE EVIDENCIA AUMENTO DE VOLUMEN DE VESICULA BILIAR DONDE SE EVIDENCIA PRESENCIA DE CALCULOS EN SU INTERIOR, PAREDES DE LA MISMA DISTENDIDAS Y ENGROSADAS. NO SE EVIDENCIA OBSTRUCCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE EVIDENCIA AUMENTO DE VOLUMEN DE VESICULA BILIAR DONDE SE EVIDENCIA PRESENCIA DE CALCULOS EN SU INTERIOR, PAREDES DE LA MISMA DISTENDIDAS Y ENGROSADAS. NO SE EVIDENCIA OBSTRUCCION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	K819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-30	23:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-04-30	23:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	