

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VARELA           | FARIA            | YHORDAN VICENTE | 06                  | 04  | 1972 | 53 años, 4 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306124361        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | BALZAR 3 y                   | 098-810-8356 / (09)-881-0835 |
| 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                 | 1306124361      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General |  | 2025  | 08  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 53 AÑOS DE EDAD, APP:NEFROLITIASIS BILATERAL CON DILATACIÓN. COLELITIASIS MÚLTIPLE. CISTITIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA MODERADA ,ALERGIAS NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA POR ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL POR CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NEFROLITIASIS BILATERAL CON DILATACIÓN. COLELITIASIS MÚLTIPLE. CISTITIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA MODERADA. PACIENTE REFIERE QUE ESPECIALISTA LE INDICO QUE ACUDA AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO Y SOLICITE UNA NUEVA REFERENCIA , PACIENTE DESEA SEGUIR EL CONTROL CON EL MSIMO ESPECIALISTA QUE LO ATENDIO EN EL ULTIMO CONTROL, SE LE EXPLICA DE BUENA MANERA QUE NOSOTROS NO PODEMOS ELEGIR AL ESPECIALISTA QUE DE ESO SE ENCARGA ESTADISTICA DEL HOSPITAL , PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE VARIAS SEMANAS HA EXPERIMENTADO EPISODIOS DE DOLOR EN REGIÓN LUMBAR BILATERAL, TIPO CÓLICO, SIN IRRADIACIÓN ESPECÍFICA. AL EXAMEN FISICO EXAMEN FISICO BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN REGIÓN LUMBAR BILATERAL. SIN DEFENSA NI SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL., PUÑO PERCUSIÓN LUMBAR: POSITIVA BILATERALMENTE, CON MAYOR INTENSIDAD EN EL LADO IZQUIERDO, RESTO SIN ALTERACION, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. AL MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EN BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI COMPROMISO HEMODINÁMICO. SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: ACIDO URICO 4.2 MG/DL UREA 33 MG/DL CREATININA 0.8 MG/DL ULTRASONIDO: 19/02/2025: HIGADO: TAMAÑO LIGERAMENTE AUMENTADO, SE OBSERVA ALTERACION DE LA ECOGENICIDAD POR PRESENTAR DENSIDAD DE ESTEATOSIS MODERADA. VESICULA: SE OBSERVA IMÁGENES HIPERECOGNICAS COMPATIBLES CON LITOS MAS DE 8. RIÑON IZQUIERDO: BORDES LIBRES Y REGULARES SE OBSERVAN LITOS, EL DE MAYOR TAMAÑO MIDE 6,3MM CAUSANDO DILATAION. RIÑON DERECHO: SE OBSERVA LITOS EL DE MAYOR TAMAÑO MIDE 6MM CAUSANDO DILATAION. VEJIGA LLENA PAREDES ENGROSADAS POSIBLE CISTITIS.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-06 | 10:09 | Medicina Rural | JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA | 1313734640 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-06 | 10:09 | Medicina Rural | JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA | 1313734640 |       |