

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	RUALES	ROSARIO VERONICA	24	04	1971	54 años, 4 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307278331	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NELLY ANDRADE y AV SIXTO DURAN BALLE	096-050-7704 /
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	1307278331	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	Gastroenterología	2025	09	10
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 54 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA AL MOMENTO REFIERE DOLOR A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COPROLOGICO: Helicobacter Pylori en Heces Negativo Método: Inmunocaptura Sangre Oculta en Heces Negativo ULTRASONIDO: HIGADO DE TAMAÑO NORMAL, PANCREAS NORMAL, VESICULA NORMAL ,SIN PRESENCIA DE LITOS, RIÑON DEREÑO PRESENCIA DE LITO 2MM, RIÑON IZQUIERDO PRESENCIA DE LITOS 3MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLITIS DEL LADO IZQUIERDO	K515	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	14:31	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-10	14:31	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	