

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ZAMBRANO	HUGO DANILO	30	04	1971	53 años, 5 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307404457	MANABI	CHONE	SANTA RITA	7 DE AGOSTO y SUCRE	098-673-2002 /
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	1307404457	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	10	18
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 MASCULINO DE 53 AÑOS ACUDE A CITA MEDICA CON APP: H PYLORI (TRATADO EN NOVIEMBRE PERO NO REALIZO CONTROL POSTERIOR). PRESENTA CUADRO DE DOLOR TIPO COLICO A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO, COMO CAUSA EXACERBANTE POSTERIOR A COMIDA COPIOSAS. TAMBIEN REFIERE DOLOR A NIVEL DE EPIGASTRIO DE TIPO URENTE ACOMPAÑADO DE REFLUJO. TRAE ECOGRAFIA LA CUAL MUESTRA PRESENCIA DE BARRO BILIAR Y MICROLITIASIS QUE OBLITERAN LUZ VESICULAR, ESTEATOSIS MODERADA DE HIGADO. AL EXAMEN FISICO: PRESENTA DOLOR MODERADO A LA PALPACION PROFUNDO, Y DOLOR LEVE EN EPIGASTRIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO MUESTRA DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO. ECOGRAFIA MUESTRA BARRO BILIAR Y MICROLITIASIS QUE OBLITERAN LA LUZ DE LA VESICULA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBSTRUCCION DE LA VESICULA BILIAR	K820	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-18	10:49	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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/Área	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
2024-10-18	10:49	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	