

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CASTILLO         | ARGOTE           | KAREN ESPERANZA | 11                  | 10  | 1976 | 47 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        | 1307939627        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BENITO SANTOS y              | 099-537-5943 /       |
| 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                 | 1307939627      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                 |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|-----------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cirugía General | 2024 | 09    | 06  |  |
| 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

ecografia realizada con fecha 14 de agosto, hígado de tamaño normal, vascularidad conservada, presencia de signos de esteatosis moderada, vesicular biliar distendida en forma adecuada, presencia de barro biliar en su interior y microlitiasis, coledoco de trayecto adecuado permeable, páncreas normal, riñón derecho e izquierdo normal, vejigas y bazo normal, cavidad abdominal distensión de asas por gases.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

telefono 0995375943

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-09-06 | 13:27 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-09-06 | 13:27 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |