

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTIBLANCO	DELGADO	MARIA ANA DEL JESUS		16	01	1962	62 años, 11 meses, 24 días	Mujer
				día	mes	año	a-m-d	1=F 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia	Dirección		No Telefónico		
ECUATORIANO A	ECUADOR	1302371259	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	KILOMETRO 40 y KILOMETRO 40	099-339-6866	
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular	

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

I. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSD	1302371259	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	1302371259		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSD	HOSPITAL GENERAL DE ORION	Consulta externa		Consulta externa	2025	01	01
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad instalada ☒	Saturación capacidad instalada ☐
Exceso de demanda del personal ☐	Otros especifique: ☐
Exceso de infraestructura ☐	

3. Resumen del cuadro clínico

1. PACIENTE CON CUADRO DE COLELITIASIS DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION. AL MOMENTO CON CUADRO DE COLICOS A REPETICION.
2. CORTA AMPLITUD/ VARIOS INGRESOS HOSPITALARIOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COLELITIASIS VESICULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

FIRMA

RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ

E07B02.00

Firmado electrónicamente por:
RENAN ANTONIO
CENTENO VELEZIII. 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 clínico

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

RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ

E07B02.00