

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| MOREIRA          | LOOR             | ROLANDO DEL JESUS | 01                  | 06  | 1975 | 50 años, 11 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        | 1308378593        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA BOYACA y                 | 098-998-5976 /       |
| 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                 | 1308378593      | 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 | 2026 | 05    | 19  |  |
| 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

SE REALIZA CONTROL A PACIENTE QUIEN AL MOMENTO SE ENCUENTRA CON DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A EPIGASTRIO, MURPHY POSITIVO,SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGIA GENERAL PARA SEGUIMIENTO Y VALORACION PARA DECIDIR TRATAMIENTO QX EN CASO NECESARIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE DERIVA PARA ESTUDIOD Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS COLELITIASIS | K808   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-19 | 14:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 | <br>Validar únicamente en FirmaEC.<br>Firmado electrónicamente por:<br>ALBERTO JOSE<br>ZAMBRANO ALCIVAR |

### 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 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-19 | 14:40 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |       |