

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | VELEZ            | JUANA DEL SOCORRO | 05                  | 09  | 1979 | 45 años, 6 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310747074        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | TUTUMBE y                    | 099-999-9999 /       |
| 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                 | 1310747074      | SAN PEDRO DE ATASCOSO    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General |  | 2025  | 03  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 AÑO PRESENTA DOLOR A NIVEL DE HIPOCANDRIO DERECHO QUE SE EXACERBA POSTERIOR A INGESTA DE COMIDA COPIOSA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REPORTA HIGADO DE UBICACION Y FORMA NORMAL, TAMAÑO CONSERVADO, PARENQUIMA HETEROGENEA, PRESENCIA LEVE DE INFILTRADO GRASO, NO SE OBSERVA DILATACION DE VIAS BILIARES INTRA Y NI EXTRA HEPATICA, VESICULA INTERIOR ANECOICO REFUERZO ACUSTICO POSTERIOR, SIN EVIDENCIA DE LITIOS INTERNOS , SE OBSERVA IMAGEN ISOECOGENICA ADOSADOS A LA PARED INTERNA COMPATIBLE CON POSIBLE POLIPO DE 6MM, VIAS BILIARES SIN OBSTRUCCION NI DILATACION, COLEDOCO LIBRE AL MOMENTO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-18 | 15:35 | Medicina Rural | GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA | 1804365094 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-18 | 15:35 | Medicina Rural | GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA | 1804365094 |       |