

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CAICEDO	YULY IVON	07	08	1988	37 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310927429	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ROCAFUERTE y	099-287-2413 /
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	1310927429	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	05	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	☐	pólipo vesicular	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ENVIADA A EMERGENCIA POR SOSPECHA DE CUADRO APENDICULAR, SIN EMBARGO NO FUE ATENDIDA. SE ENVIA REFERENCIA CON DATOS ANTERIOR PARA CIRUGIA POR CONSULTA EXTERNA. PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN, DOLOR QUE INICIA EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO CON DEPOSICIONES LIQUIDAS DESDE HACE 4 DÍAS, MAS O MENOS 6 A 8 POR DÍA, VÓMITOS NÚMERO 3 POR DÍA CON NAÚSEAS, FALTA DE APETITO, NO FIEBRE, MC BURNEY POSITIVO, MURPHY +, BLUMBERG POSITIVO. ROVSIN PSOAS Y OBTURADOR POSITIVO. TRAE RESULTADO DE ECOGRAFÍA QUE REPORTA PÓLIPO VESICULAR 0.3 CM, SIN EMBARGO SU CLÍNICA LLAMA LA ATENCIÓN POR LO QUE SE ENVIÓ POR EMERGENCIA PERO NO FUE ATENDIDA TAN SOLO VISTA ECOGRAFÍA, 0986468468 ivon07.gar@gmail.com

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

adjunto.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLESTEROLISIS DE LA VESICULA BILIAR	K824		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	13:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	13:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	