

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SALTOS           | MORALES          | ROSALDI VALERIA | 23                  | 09  | 1984 | 40 años, 0 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311821647        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VERGEL y                     | 097-810-8418 /       |
| 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                 | 1311821647                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                 | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                                                      |                 |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                 | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Cirugía General | 2024           | 09  | 26  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad    | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE ACUDE A CONSULTA MEDICA CON REPORTE DE ECOGRAFIA ADBOMINAL VESICULA PRESENCIA DE LITIO 23MM . INDICA PRESENTAR DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO IRRADIADO A REGION DORSAL SE EXCERBA POSTERIOR ALA INGESTA DE ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS . VALORACION Y PROCEDEMIENTO ESPECIALIZADO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                    |
|------------------------------------|
| VESICULA PRESENCIA DE LITIO DE 23M |
|------------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          |                                                                                                                                                              |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-09-26 | 14:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/>LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO</div> |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2024-09-26 | 14:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |       |

