

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	OSTAIZA	BRICEIDA ADELAYDA	16	01	1990	34 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313437715	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	30 DE MARZO y CASA	098-346-4011 /
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	1313437715	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	2024	09	27
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

dolor hace 15 dias en la parte superior derecha hipocondrio derecho, producto de ello trajo consigo ecografia abdominal de fecha 10 de sept del 2024 donde presenta vesicula biliar distendida de forma adecuada de 55mm por 19mm contorno regular, presencia en su interior de multiples calculos que obliteran la luz vesicular y proyectan sombra acústica posterior, coledoco de 3.9mm vena porta 9.5mm vias biliares intrahepaticas permeables

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

vesicula biliar distendida de forma adecuada de 55mm por 19mm contorno regular, presencia en su interior de multiples calculos que obliteran la luz vesicular y proyectan sombra acústica posterior, coledoco de 3.9mm vena porta 9.5mm vias biliares intrahepaticas permeables

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-27	09:11	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

Firmado electrónicamente por:
JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ

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
2024-09-27	09:11	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	