

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	RIVERA	AIDA LILIANA	18	10	1995	29 años, 2 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
Ecuatoriana	Ecuador	1313600601	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MUNICIPAL Y SH 095-909-2370 / (001) 600-0000	
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			
SH	1313600601	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL	13009 - 21			
Refiere o Deriva a:					Fecha		
SH	SH	Consultorio	Consulta General	13009	01	01	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

☐ Limitada capacidad receptiva	☐ Saturación capacidad instalada
☐ Falta de personal del personal	☐ Otros especifique:
☒ Referencia local	

3. Resumen del cuadro clínico

ANTE TODO CUADRO DE DOLOR VISCERAL CÓLICOS A REPETICION, VARIOS INGRESOS HOSPITALARIOS. TRAE ECOGRAFIA QUE MUESTRA:

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE EL ST SOLICITA ECG Y VENTRIMON CARDIOLOGICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
CALCULOS DE LA VESICULA BILIAR CON COLELITIS AGUDA				K800		
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2021-05-11	10:11	Enfermería	RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ	1306857001	 Firmado electrónicamente por: RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ	

4. CONTRAREFERENCIA [] REFERENCIA INVERSA []

Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

5. Resumen del cuadro clínico

6. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

7. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

8. 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
2021-05-11	10:11	Enfermería	RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ	1306857001	