

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	HERRERA	GEOMARA ROSALIA	31	07	1997	28 años, 1 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314067610	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA SIXTO DURAN BALLEN y CDLA LAS CARMELAS	096-364-1233 /
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	1314067610	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	2025	09	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE E 28 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR REVSION DE ECOGRAFIA AL MOMENTO PACIENTE CON DISPEPSIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HIGADO FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO ECOGENISIDAD AUMENTADAPARENQUIMA HOMOGENEO, SIN LESIONES SOLIDAS NI QUISTICAS , VESICULA PLENIFICADA FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO PAREDES FINAS SE APRECIA IMAGEN LITIASICA QUE OCASIONA SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR CON MEIDAS DE 1.28 CMX0.76CM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-24	15:20	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	

Firmado electrónicamente por:
ANA JULIA SORNOZA
MENDOZA
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-24	15:20	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	