

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CEDEÑO	LEYDI CRISTINA	13	10	2004	20 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314158880	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA TOSAGUA y	099-860-9039 /
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	1314158880	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		2025	08	13
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	☐	PACIENTE CON COLECISTITIS	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, PAPÁ DMII, AA: NO REFIERE, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CLÍNICA DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR EN EPIGASTRIO NO PROGRESIVO QUE SE ACOMPAÑA DE VÓMITOS EN NUMEROSAS OCASIONES. REFIERE QUE SE REALIZA ECOGRAFÍA HACE 3 MESES EN LA CUAL SE EVIDENCIAN LITOS EN VESICULA. REFIERE QUE PRESENTA EPISODIOS DE CLÍNICA SIMILAR REPETITIVOS QUE CEDEN CON ANALGESIA. AL MOMENTO PACIENTE ÁLGICA, AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. COLABORA CON INTERROGATORIO//0998609039--0987326817
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLELITIASIS	K808	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	10:17	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-08-13	10:17	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

