

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	CUZME	JULEISI FERNANDA	14	06	2000	25 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314306323	MANABI	JUNIN	JUNIN	CALLE COLON y	099-305-7660 /
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	1314306323	MATERO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	06	03
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

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON METFORMINA DE 500 MG VO QD, QUE PRESENTA DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE LLENURA POSTPRANDIAL, FLATULENCIA Y DISTENSIÓN ABDOMINAL. REFIERE QUE EL DOLOR ES INTERMITENTE, SIN IRRADIACIÓN CLARA Y SIN SIGNOS DE ALARMA REFERIDOS EN ESTE MOMENTO. SE REALIZA ECOGRAFÍA ABDOMINAL QUE REPORTA ESTEATOSIS HEPÁTICA MODERADA (GRADO II), COLELITIASIS Y MICROLITIASIS RENAL BILATERAL. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN MANEJO AMBULATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFÍA ABDOMINAL QUE REPORTA ESTEATOSIS HEPÁTICA MODERADA (GRADO II), COLELITIASIS Y MICROLITIASIS RENAL BILATERAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	K819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	13:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-03	13:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

