

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	BASURTO	MARIA LISBETH	22	08	2000	25 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314435668	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVO CHICO y	096-199-3046 /
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	1314435668	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	09	23
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	☐	SEGUIMIENTO QUIRURGICO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, REFIERE ANTECEDENTE DE CIRUGÍA POR COLELITIASIS REALIZADA EL DÍA JUEVES 18/09/2025. EGRESÓ DE LA CASA DE SALUD EL DÍA VIERNES 19/09/2025 SIN PRESENTAR COMPLICACIONES. ACUDE ACTUALMENTE CON EL PLAN DE ALTA Y SOLICITA REFERENCIA. EL CIRUJANO TRATANTE LE INDICÓ QUE DEBE ACUDIR AL CENTRO DE SALUD PARA GESTIONAR TURNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Z988		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-23	09:17	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-09-23	09:17	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	