

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MOREIRA          | PONCE            | IVETTE ANNABELLE | 24                  | 08  | 2001 | 24 años, 7 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                         | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314951524        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | VIA LAS DAMAS y COMUNIDAD EL MAIZ | 098-525-9376 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón    | Parroquia | Calle Principal y Secundaria      | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1314951524      | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General |  | 2026  | 04  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

USUARIO CON DOLOR DE 1 AÑO DE EVOLUCION TIPO COLICO DE MODERADA INTENSIDAD EVA 6/10 LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO CON IRRADIACION A NIVEL LUMBAR AL EXAMNE FISICO MURPHY POSITIVO... TARE CONSIGO ECOGRAFIA QUE REPORTA POLIPO VESICULAR... ID: COLESTEROLOSIS DE LA VESICULA BILIAR... PLAN: URSOFALK 250MG BID POR 30 DIAS + OXA 15 MG BID POR 15 DIAS... SEGUIMIENTO REFERENCIA A 2DO IVEL PARA VALORACION Y RESOLUCION QUIRURGICA BAJO CREITERIO DE CIRUJANO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HGB 12.2 HCTO 37.3 VCM 90 ULTRASONIDO: PELVICO GENITAL: NORMAL OVARIO DERECHO 4.45CC OVARIO IZQUIERDO 6.9CC ULTRASONIDO: VESICULA BILIAR VOLUMEN NORMAL MAS LESIONES OVALES ADHERIDAS EN PARED DE VESICULA DE MEDIDAS 5.7X7.8X8.1 MM COMPATIBLE CON POLIPO VESICULAR

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| COLESTEROSIS DE LA VESICULA BILIAR | K824   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-04-09 | 13:18 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2026-04-09 | 13:18 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |