

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYNA	GILER	VIELKA SHEZNARDA	20	05	2008	17 años, 11 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	1315274413	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	26 DE SEPTIEMBRE y CDLA SAN FRANCISCO	098-649-5666 /
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	1315274413	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	Gastroenterología		2026	04	21
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

ADOLESCENTE DE 17 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE RELEVANCIA ES ATENDIADA EN COMPAÑIA DE SU MADRE. REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN HIPOCONDRIO DERECHO EL CUAL SE EXACERBA CON ALIMENTACIÓN ALTA EN GRASA. (ULTIMO CUADRO HACE 2 DÍAS) DONDE ES TRATADA EN EMERGENCIA CON ANALGESICOS INTRAVENOSOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMINAL 28/11/2025 EN LA CUAL MENCIONAN VESICULA BILIAR DISTENDIDA, MIDE 77.7MM X 34.5MMX37.8MM DE PARED, FINA CON ESCASO BARRO BILIAR EN SU INTERIOR, CUELLO VESICULAR LIBRE. IDG: ESTUDIO SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS FOCALES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	08:24	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 FIRMA electrónicamente por: MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO 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
2026-04-21	08:24	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	