

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAUCAR	VIÑAN	JESSICA ALEXANDRA	02	11	1991	33 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316478898	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	WUASINTONG y JAMBELY	098-863-2673 /
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	1316478898	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	Cirugía General	2025	01	31	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES ACUDE A CITA PARA REVISIÓN DE EXÁMENES, REFIERE DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO MODERADO Y EN REGION LUMBAR DERECHA, ADEMAS REFIERE NAUSEAS, VOMITOS DE DOS MESES DE EVOLUCION. SE REALIZA ECOGRAFIA EL 31/01/2025 QUE REPORTA COLELITIAIS Y LITIASIS RENAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN DOLOROSO EN LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA DE ABDOMEN REPORTA VESICULA BILIAR CON PRESENCIA DE CALCULOS, QUE SE ACOMPAÑA DE CUADRO CLINICO DE DOLOR MODERADO EN HIPOCONDRIO DERECHO, NAUSEAS Y VOMITOS.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALCULO DEL RIÑON	N200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-31	09:47	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-01-31	09:47	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	