

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BONILLA          | MOREIRA          | ISRAEL RENE | 01                  | 08  | 2000 | 25 años, 8 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317122875        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | NN y                         | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1317122875      | 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 | 2026  | 04  | 04  |
| 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

MASCULINO QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION..

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS | K802   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-04 | 21:49 | Medicina General | YEFFERSON HOLGER MACIAS CEVALLOS | 1309101374 |  |

Firmado electrónicamente por:  
YEFFERSON HOLGER  
MACIAS CEVALLOS  
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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-04 | 21:49 | Medicina General | YEFFERSON HOLGER MACIAS CEVALLOS | 1309101374 |       |