

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MALA	MARIA BELEN	05	03	2005	20 años, 4 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351457336	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-350-0161 /
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	1351457336	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	07	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE DIABETES MELLITUS TIPO II, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CUP 1. ACUDE A CONSULTA POR REVISION DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN EL CUAL SE EVIDENCIA LITIASIS VESICULAR. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE DOLOR LOCALIZADO EN EPIGASTRIO QUE SE IRRADIA A FLANCO DERECHO QUE SE EXACERBA CON LA INGESTA DE QUESO Y ALIMENTOS HIPERCALORICOS, SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTPANDRIALES. SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGIA GENERAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: VESICULA BILIAR DISTENDIDA DE ASPECTO PIRIFORME, DE CONTENIDO ANECOGENICO CON PRESENCIA EN SU INTERIOR DE IMAGENES HIPERECOGENICAS MOVILES SOLIDOS QUE PROYECTAN SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR EN RELACION A LITOS. VESICULA BILIAR MIDE 7.03 CM X 3.50 CM. PARED VESICULAR IDE 2 MM DE ESPESOR AL MOMENTO DE ESTUDIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLELITIASIS	K808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	16:01	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-07-23	16:01	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

