

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | GILCES           | MERCEDES DEL CARMEN | 23                  | 04  | 1971 | 53 años, 11 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1711686426        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | RIO SANTO y                  | 096-921-8772 / (00)-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                 | 1711686426      | 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  | 03  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 53 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. APF NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR DOLOR DE HIPOCONDRIO DERECHO DESDE HACE 1 MES ACOMPAÑADO DE NAUSEAS. PACIENTE ESTABLE, NORMOCEFALICA, ORIENTADA EN TIEMPO PERSONA Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HIGADO FORMA Y CONTORNOS CONSERVADOS. ECOGENICIDAD DEL PARENQUIMA HEPATICO AUMENTADO EN RELACION A ESTRUCTURA RENAL. VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS NO DILATADAS, NO LESIONES FOCALES. BUENA DISTRIBUCION VASCULAR. VESICULA: MIDE 8,7 X 3,5 CM. PAREDES ENGRASADAS EN 1.4 CM ASOCIADO A PRESENCIA DE LIQUIDO PERIVESICULAR. EN SU INTERIOR PRESENTA LITIASIS DE 1.9 CM IMPACTADA EN ZONA DE CUELLO. COLEDOCO DE CALIBRE NORMAL. PANCREAS CABEZA MIDE 0.9 CM CUERPO MIDE 0.7CM COLA MIDE 1.0 CM. ASPECTO ECOGENICO NORMAL. NO MASAS NI QUISTES. BAZO: NO ESPLENOMEGALIA NO PRESENTA QUISTES NI NODULOS. CONCLUSIONES: ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 2. COLECISTITIS CON COLELITIASIS. METEORISMO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS COLELITIASIS | K808   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-25 | 10:48 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-25 | 10:48 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

