

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALLE	ZAMBRANO	ROSA ANGELICA	07	02	1975	50 años, 5 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1714468145	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY y HULPIANO PAEZ	099-855-6471 /
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	1714468145	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	07	24
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 50 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION POSTERIOR DE MODERADA INTENSIDAD ACMPAÑADOS DE NAUSEAS DE +- 7 MESES,AL MOMENTO REFIERE DOLOR LEVE PERMANENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: VESICULA CON PRESENCIA DE TRES IMAGENES LITIASICAS EN SU INTERIOR,DE 8.7; 7.5; 3.8. UBICADAS SOBRE EL CUELLO CON SOBRA POSTERIOR ACUSTICA, VESICULA MIDE 70.5X24.1X32.2MM VLUMENDE PARED 28.6MM
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLELITIASIS	K808	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	15:34	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 Firmado 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 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
2025-07-24	15:34	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	