

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	CEDENO	ADRIANA ISABEL	11	10	1997	27 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	1725737041	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	TIERRA SANTA y	098-533-0665 /

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
1	1437-000	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13097 ZONA 1

Refiere o Deriva a:				Fecha		
1	13097	Consulta externa	Clínica General	2025	01	2025

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
---------------------	--------------------------	----------	--------------	-----	-----	-----

2. Motivo de la referencia o derivación:

Exhaustividad en historia	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Exhaustividad temporal del problema(s)	☐	Otros/especifique:	☐
Exhaustividad diagnóstica	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

LA PACIENTE PRESENTA CALCULO EN VESICULA BILIAR DESDE HACE VARIOS AÑOS. ACTUALMENTE CON COLICOS A REPETICION EN LA ZONA DEL HIGADO Y VARIOS INGRESOS HOSPITALARIOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EL EXAMEN REPORTA LITIASIS VESICULAR E HIGADO GRASO G II-III ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
K80.0	K80.0		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
13/04/2021	06:00	Neurólogo	RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ	1306357903	



Firmado electrónicamente por:
RENAN ANTONIO
CENTENO VELEZ

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
13/04/2021	06:00	Neurólogo	RENAN ANTONIO CENTENO VELEZ	1306357903	