



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                                  |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | TIPOLOGIA                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |      |                         |   |   |   |  |
| MSP                                   | 001414           | Chone                            | CS-C                      | 1310357213                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Morante                               | Ortiz            | Juana                            | Maribel                   | M                                  | 25-06-1979                                              | 45   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 098-307-0724 /                        |                  | X                                |                           | MOTIVO                             |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                    | 1303             | 130350                           | 4. Equipos en mal estado. |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 5. Problemas de infraestructura. |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                          |                  |                 |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD    |
| MSP                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Cirugia General |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

DOLOR AB DOMI NAL LOCALI ZADO EN HI POCONDRI O DERECHO-ACOMPAÑADO DE NAUS EAS - LI GERA F I EB RE - S E EXACERB A CONI NGES TA DE ALI MENTOS GRAS OS - TAMB I EN PRES ENTA METEORI S MO Y DI S PEPS I AS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ULTRAS ONI DO: HI GADO DE TAMAÑO NORMAL- VAS CULARI DAD CONS ERVADA- AUMENTO DE ECOGENI CI DAD Y S I GNOS DE ES TEATOS I MODERADA - VES I CULA B I LI AR POCO DI S TENDI DA PRES ENTA EN S U I NTERI OR VARI OS CALCULOS QUE PROYECTAN S OMB RA ACUS TI CPOS TERI OR - COLEDOCO DE TRAYECTO ADECUADO- PERMEAB LE - PANCREAS NORMAL - RI ÑON DERECHO E I ZQUI ERDO NORMALES -

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                                |      |     |  |     |     |     |
|------------------------------------|------------------------------------------------|------|-----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                            | PRE  | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | Calculo De La Vesicula Biliar Sin Colecistitis | K802 | X   |  | 4.  |     |     |
| 2.                                 |                                                |      |     |  | 5.  |     |     |
| 3.                                 |                                                |      |     |  | 6.  |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-16                            | 09:33        | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1314783083                            |              |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |



|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
|  |  |  | // |
|--|--|--|----|

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |
|--|
|  |
|--|

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |
|--|
|  |
|--|

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |