



| 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                    | Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes | HB                                                      | 1315689099                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Arias                                                       | Supo                      | Adriana                                  | Azucena                                                 | M                                  | 04-04-1995        | 29   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                               |                                                         | DERIVACIÓN                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0969165755                                                  |                           | X                                        |                                                         | MOTIVO                             |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                           | 1. Accesibilidad geográfica.             |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                           | 2. Falta de espacio físico.              |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                   |      |                         |   |   |   |  |
| CANTÓN                                                      | 3. Falta de equipamiento. |                                          | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                                    |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PARROQUIA                                                   | 4. Equipos en mal estado. |                                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1312                      | 131250                                   | 5. Problemas de infraestructura.                        | X                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE QUE MENCIONA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE HA IDO EN AUMENTO DE FRECUENCIA Y APARICION- PACIENTE CON COLICOS DE FORMA CONSTANTE QUE USA ANALGESIA ENDOVENOSA |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS           |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA 01/09/2024 VESICULA CON 3 IMÁGENES HIPERCOGENCIAS DE 17MM X 10 MM |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO 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 |
| 2025-01-10                            | 06:01        | Blanca        | Cobeña          | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1309555959                            |              |               |                 |                  |

| 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 | 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |