



| 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           | Cucuy                        | CS                               | 1350458392                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Cardenas                                                    | Ponce            | Esther                       | Tahis                            | M                                  | 25-04-2006                                              | 19   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                              |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 098-636-0854                                                |                  | X                            |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.  |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 3. Falta de equipamiento.    |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                    | 4. Equipos en mal estado.        |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1316             | 131650                       | 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 | Cirugía General |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINO DE 19 AÑOS CON APP: NO REFIERE; APF: NO REFIERE; AQX: NO REFIERE; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA; ALERGIAS: NO REFIERE; AGO: G:1 P:1 C:0 A:0. ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO AGUDO DE BASTANTE INTENSIDAD TIPO CÓLICO QUE SE IRRADIA A EPIGASTRIO QUE NO SE ACOMPAÑA DE OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL-ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| N/A                                                               |

| E. DIAGNÓSTICO |                                             | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Calculo De Conducto Biliar Con Colecistitis |                                    | K804 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                             |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                             |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-08                            | 11:49        | David         | Cedeño          | Quijije          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1313435933                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |