



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	Eloy Alfaro	CS	1307710556						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Ormaza	Zambrano	Martha	Maricel	M	14-10-1974	50	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0939856980		☒		☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		☐				
13	1303	130355	3. Falta de equipamiento.		☐					
			4. Equipos en mal estado.		☐					
			5. Problemas de infraestructura.		☐					
				6. Problemas de abastecimiento.		☐				
				7. Insuficiencia de profesionales.		☐				
				8. Inadecuada capacidad resolutive		☒				
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐				

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 FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: HIJA CALCULO EN LA VESICULA- ANTECEDENTES QUIRURGICOS: SALPINGECTOMIA BILATERAL HACAE APROXIMADAMENTE 25 AÑOS- ALERGIAS: NO REFIERE. ES ATENDIDO EN CENTRO DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA ABDOMINAL.AL INTERROGATORIO REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR DOLOR POSTPANDRIAL(LACTEOS)- EN HIPOCODRIO DERECHO- ACOMPAÑADO DE NAUSEAS QUE LLEGAN A LOS VOMITOS- SENSACIÓN DE PLENITUD ABDOMINAL- DISPEPSIA- FLATULENCIA EL CUAL ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA A OTRA UNIDAD DE SALUD ORDEN DEECOGRAFIA. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO- TRAE CONSIGO ECOGRAFIA ABDOMINAL DEL 06-07-2025 DONDE REPORTA:CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS- ESTENOSIS HEPATICA GRADO I NO ALCOHOLICA. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO 06-07-2025 : HIGADO MORFOLOGIA Y MOVILIDAD NORMAL- BORDES REGULARES- DIMENSIONES NORMALES-PARENQUIMA HOMOGENEO- ECOGENICIDAD LIGERAMENTE ELEVADA- IMÁGENES EXPANSIVAS NO- DILATACION CIAS BILIARES INTRAHEPATICAS NO- COLEDOCO 3.9 MM DE DIAMETRO- VESICULA BILIAR PRESENTE- DISTENDIDA- DE FORMA ADECUADA CON MEDIDAS I: 4.86 AP: 2.09 TRANS: 2.19 CM- PARED MIDE 2.9 MM- ADEMÁS SE EVIDENCIA PRESENCIA DE MÚLTIPLES IMÁGENES DEGRAN TAMAÑO HIPERECOGENICAS QUE PROYECTAN SOMBRA ACUSTICAS POSTERIOR DE MAS O MENOS 0.7 CM A 1.5 CM DE DIAMETRO MOVILES A LOS CAMBIOS DE POSICION DEL PACIENTE- PANCREAS MORFOLOGIA Y ECOGENICIDAD NORMAL- MEDIDAS NORMALES-CABEZA 23.2 CM- CUERPO 16.0 CM- COLA 15.4 CM- BAZO MORFOLOGIA- MOVILIDAD- Y ECOGENICIDAD NORMAL- MEDIDAS 3.73 CM DE DIAMETRO ANTERIOR/POSTERIOR- 9.39 CM DE LONGITUD- AORTA- CABA Y PORTA CALIBRES NORMALES- LIQUIDO LIBRE ABDOMINAL NO-SE REALIZA RASTREO DE FOSAS RENALES SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA.

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
2025-07-14	11:59	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313263269				

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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	