



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	Ricaurte		CS	1206646992					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Fajardo		Miranda		Rosa		Pilar		M	24-01-1990	35	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
099-145-4379				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
13		1303	130301	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
				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
PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD- ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 3 HORAS CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO TIPO CÓLICO- DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA SOLIDA EN 4 OCASIONES Y VÓMITOS ALIMENTICIOS CUANTIFICADOS EN NUMERO DE 4- ADEMÁS PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 3 MESES PRESENTA PIROSIS- SIENTE COMO ?SI SE LE REGRESA LA COMIDA?. TOLERA VIA ORAL ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: PESTICIDAS Y FUNGICIDAS. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL- ACTIVO- ELECTIVO- ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS-HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO- MUCOSAS HÚMEDAS- OROFARINGE NORMAL- CUELLO SIN ADENOPATÍAS- C/SPS VENTILADOS- R/SCS RÍTMICOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON MODERADO DOLOR A LA PALPACIÓN A NIVEL DE EPIGASTRIO- RUIDOS HÍDRICOS AUMENTADOS- EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. MEDIDAS GENERALES- CONTROL DE SIGNOS VITALES CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE- EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN- CONSUMO DE AGUA SEGURA- LAVADO DE MANOS. SE RECOMIENDA DIETA BLANDA Y ABUNDANTE REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS. ESCALA DE ALVARADO: 2 PUNTOS (ANOREXIA-VÓMITOS) BAJA PROBABILIDAD- CRITERIOS DE TOKIO: SIGNO DE MURPHY POSITIVO SIN NINGUN OTRO SIGNO APARENTE. PRESCRIPCIÓN: KETOROLACO 60 MG/2ML IV EN EL MOMENTO- PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS PRN- SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL: DAR ½ TAZA DE S UERO CADA 15 MINUTOS Y DESPUÉS DE CADA VÓMITO (NO DISPONIBLE EN STOCK) - MAGALDRATO + SIMETICONA TOMAR 10 CC DESPUÉS DE CADA COMIDA POR 15 DÍAS. SIGNOS DE ALARMA-

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO 2 COLELITIASIS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Colelitiasis		K808		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-21	04:04	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311538662				

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	