



| 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                           | Unidad Anidada Hospital Basico De El Carmen | AU                                  | 1313644435                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO                 | PRIMER NOMBRE                               | SEGUNDO NOMBRE                      | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Alava                                                       | Alava                            | Angie                                       | Lilibeth                            | M                                                       | 02-09-2001        | 23   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                  | REFERENCIA                                  |                                     | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0959466307                                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/>         |                                     | <input type="checkbox"/>                                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                  | 1. Accesibilidad geográfica.                |                                     | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                                  | 2. Falta de espacio físico.                 |                                     | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | CANTÓN                           | 3. Falta de equipamiento.                   |                                     | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 1304                                                        | PARROQUIA                        | 4. Equipos en mal estado.                   |                                     | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 130450                                                      | 5. Problemas de infraestructura. |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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 ADULTO JOVEN ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL MEDICO - REFIERE QUE SE ENCUENTRA CON DISTENSION ABDOMINAL MAS DOLOR TIPO COLICO DE MODERADA INTENSIDAD- NAUSEA - VOMITO - DEPOSICIONES DIARREICAS - HACE 6 MESES APROXIMADAMENTE -ANTECEDENTE DE LITIASIS VESICULAR . |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| SE EMITE ORDEN                                                    |

| 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 |
| 2025-09-17                            | 05:55        | Karen         | Cedeño          | Velez            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1313428805                            |              |               |                 |                  |

| 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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |