



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	San Pedro De Atascoso		CS-A	2350558843													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Lirio		Quinto		Yandrid		Jose		H	19-03-1999	26	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0989138900				☒		☐													
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	130302	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒											
				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 MAS CULINO DE 26 AÑOS QUE ACUDE A CONS ULTA POR DOLOR INTENS O EN HIPOCONDRIO DERECHO DE 2 DÍAS DEEVOLUCIÓN- IRRADIADO A HOMBRO DERECHO- ACOMPAÑADO DE NAUS EAS - VÓMITOS Y LEVE FIEBRE- S IN ANTECEDENTESPATOLÓGICOS RELEVANTES NI ALERGIAS CONOCIDAS . AL EXAMEN FÍS ICO: ABDOMEN BLANDO- DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA ENHIPOCONDRIO DERECHO- S IGNO DE MURPHY POS ITIVO- S IN RIGIDEZ ABDOMINAL- RUIDOS INTES TINALES CONS ERVADOS - PACIENTEHMODINÁMICAMENTE ES TABLE. S E REALIZA ECOGRAFÍA ABDOMINAL QUE CONFIRMA COLECIS TITIS AGUDA- S E REALIZA REFERENCIAINMEDIATA A S ERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA VALORACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO O CONS ERVADORS EGÚN CRITERIOS ES PECÍFICOS . S E ORIENTA AL PACIENTE S OBRE MANTENER AYUNO- HIDRATACIÓN ORAL ADECUADA- EVITARALIMENTOS GRAS OS Y OBS ERVACIÓN DE S IGNOS DE ALERTA COMO DOLOR INTENS O- FIEBRE O VÓMITOS PERS IS TENTES .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR. INFORME ECOGRÁFICO S E REALIZ A ECOGRAFIA TRANSABDOMINAL CON TRANSDUCTORCONVEXO DE 4.5 MHZ Y SE OBTIENEN LOS SIGUIENTES HALLAZ GOS: HIGADO: S E EVIDENCIA HÍGADO CON MORFOLOGÍA CONSERVADA 11.18 CM DELONGITUD- BORDES REGULARES- PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO CON ECOGENICIDAD NORMAL. VES ICULA BILIAR:S E OBSERVA VESÍCULA BILIAR CONMORFOLOGÍA PIRIFORME Y PAREDES REGULAR E ENGROSADA- QUE MIDE 0-63 CM. VESÍCULA CON MEDIDAS DE 5-95 CM DE LONGITUD Y 2-20 CM DEDIÁMETRO. PÁNCREAS : S E EVIDENCIA PÁNCREAS CON MORFOLOGÍA Y ECOGENICIDAD CONSERVADA. MEDIDAS DE CABEZ A DE 0-91 CM- CUERPODE 0-71 CM- COLA 0-97 CM. BAZO: S E OBSERVA BAZ O CON MORFOLOGÍA Y MOVILIDAD CONSERVADA. PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO. MEDIDAS DE9-01 CM DE LONGITUD Y 3-88 CM DE DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR. RIÑÓN DERECHO: S E OBSERVA RIÑÓN CON MORFOLOGÍA Y MOVILIDADCONSERVADA- ECOGENICIDAD CORTICAL CONSERVADA. LAS MEDIDAS SON DE 8-98 CM DE LONGITUD- 5-34 CM DE ANCHO Y 1-44 CM DEPARÉNQUIMA RIÑÓN IZQUIERDO: S E OBSERVA RIÑÓN CON MORFOLOGÍA Y MOVILIDAD CONSERVADA- ECOGENICIDAD CORTICAL CONSERVADA- LASMEDIDAS SON DE 9-80 CM DE LONGITUD- 4-84 CM DE ANCHO Y 1-48 CM DE PARÉNQUIMA. VEJIGA: S E EVIDENCIA VEJIGA CON REPLECIÓNADECUADA- PAREDES CON GROSOR AUMENTADO- CONTENIDO ANEOICO EN SU INTERIOR- SIN IMÁGENES EXPANSIVAS O CÁLCULOS EN SU INTERIOR.PRES UNCIÓN DIAGNÓSTICA: EL ESTUDIO ECOGRÁFICO ES COMPATIBLE CON COLECIS TITIS .

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Colecistitis Aguda		K810		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-31	10:44	Jesus		Braganza	Alava
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312255357					

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	