



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 Antonio		CS-A	1306107127					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Zambrano		Cevallos		Lelia		Clemati		M	15-02-1952	73	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
098-909-0301				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X	
13		1303		130301		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		Cirugía General	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN QUE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO Y PUNTOSURETERALES IZQUIERDOS- MANIFIESTA DISTENSIÓN ABDOMINAL- FLATULENCIA- ESTREÑIMIENTO Y EN MESOGASTRIO- AL EXAMENFISICO DOLOR EN EPIGASTRIO- MURPHY NEGATIVO- ECOGRAFIA ABDOMINAL REPORTA LITOS VESICUALRES DE 0.80M X 0.72 X 0.88 CMLLAMA LA ANTECIÓN DOLOR EN PUNTOS URETERALES SOBRETODÒ ZIQUIERDO- ECOGRAFIA REPORTA RIÑON DERECHO CON LITOSMENOS DE 0.35 PERO CON LEVE ECTASIA ASÌ MIS MO IZQUIERDO. SE S UGIERE TURNO CON UROLOGIA- SE HARÀ EN SIGUIENTECONS ULTA EN UNIDAD POR GEOREFERENCIA. SE DA AL MOMENTO REFERENCIA PRA CIRUGIA GENERAL. 09884236

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

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
2025-12-02	03:27	Esther		Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311821787					

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1304374224	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Santa Martha	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS
Atencion 27 De Noviembre 2024: Primera Atencion- Menciona Que Es Referida Del Centro De Salud De Santa Marta- No Trae Referencia En Fisico - Tampoco Esta Escaneada En Carpeta Digital- Tampoco Esta En El Sistema. Paciente Adulto Mayor - Con App De Hta- Db li- No Alergia A Medicamentos- Consulta Por Dolor Poliarticular De Larga Data A Predominio De Rodillas Y Col Dorsolumbar- Deambula Con Apoyo De Baston Hace 2 Años Por Inestabilidad De Rodillas. Al Ex Fisico: Completa Rangos De Movilidad Articular- Crepitos Gruesos De Rodillas- Dolor A La Rotacion De Ambas Caderas..Se Solocita Rx Y Se Inicia Sysadoas- Condroprotectores- Ac Alendronico Semanal Vo..Rx Pelvis Pinzamiento Coxofemoral Bilateral A Predomio Derecho- Rx Rodillas Estrechamiento De Espacio Femorotibial Rodilla Izquierda- Rx Hombros Pinzamiento Glenohumeral - Acromioclavicular Derecho- Col Lumbar Listeiss L5.S1. .No Hay Disponibilidad De Cita Subsecuente Por Bloqueo De.Agenda...Atencion 3 De Ju-lo 2025: Refiere Haber Mejorado Durane Los 3 Meses De Tto- Al Momento Presenta Cervicalgia- Omalgia. Se Indica Mantener Ac Alendronico - Syadoas Y Condroprotectores. Se Solicita Ex De Laboratorio- Ic A Fisiatria Para Evaluar Plan De Fkt.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada		M150		X	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	
1308809787				