



| 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           | Resbalon                 |                                  | CS-A      | 1305931931                                              |  |      |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Ponce                                                       |   | Cedeño           |                          | Maria                            |           | Monserate                                               |  | M    | 20-12-1968        | 57   | <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                                              |  |      |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 098-088-9608                                                |   |                  |                          | X                                |           |                                                         |  |      |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |   |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |      |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PROVINCIA                                                   |   |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |      |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| CANTÓN                                                      |   |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  | X    |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PARROQUIA                                                   |   |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |      |                   |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 13                                                          |   |                  |                          | 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 57 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA PRESENTANDO CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADOPOR DOLOR EN HIPOCONDRIODERECHO DE INTENSIDAD MODERADA- DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA- ASOCIADO A INTOLERANCIA A ALIMENTOS GRASOS.ACUDE CON ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR QUE REPORTA COLELITIASIS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PERSISTE SINTOMATOLOGIA SIN SIGNOS DECOMPROMISO HEMODINÁMICO. DEBIDO A LA PRESENCIA DE COLELITIASIS SINTOMÁTICA DOCUMENTADA POR IMAGEN Y PERSISTENCIA DE LASINTOMATOLOGÍA DOLOROSA- SE CONSIDERA PERTINENTE VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA EVALUACIÓN DE MANEJOQUIRÚRGICO Y RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE LA PATOLOGÍA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ULTRASONIDO: EVALUACIÓN ECOGRÁFICA ABDOMINAL CON TRANSECTOR DE 3.5-MHZ- MEDIANTE BERRIDOS TRANSVERSALES- LONGITUDINALES YOBLICUOS. PANCREAS: CABEZA- CUERPO- COLA- TAMAÑO NERMAL- TEXTURA HOMOGÉNEA VESICULA BILIAR: QUE MIDE 61MMX18MM- SINEVIDENCIA DE ENGROSAMIENTO EN LAS PEREDES. EN SU INTERIOR SE IDENTIFICA IMAGEN UNICA- FIJA CON CARACTERISTICAS LITICAS Y UNA MEDIDADE 8MM MISMA QUE PROYECTA SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR- COMPATIBLE CON COLETITIESIS. HIGADO: MIDE EN SU LOBULO DERECHO 109MM-SEOGENFEIFAD CONSERVADA- NO SE BEERVEN IMÉGENES QUIETICES- WI MESES- CONDUCTOS INTRAÑAPÁDELS NORMALOS. MACROLITIANICA. BAZO:TAMAÑO Y TEXTURE CONSERVADA NO SE OBSERVA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD AADOMINE AORTA ABDOMINAL POCO VALORABLE- CON ABUNDANTEPRESENCIA DE BECAS SEMIDURAS Y GAS INTRAMURAL AL MOMENTO DEL ESTUDIO. VEJIGA URINARIA: SE OBSERVA VACIA- NO ÚTIL PARA SUCORRECTA VALORACIÓN |

| E. DIAGNÓSTICO |                    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Otras Colelitiasis |                                    | K808 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                    |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                    |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-06-17                            | 03:14           | Yandry        |  | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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 |  | 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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |