

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP			Hospital Macaol			200 2013 409			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Valencia		Ortiz		Doris		Adila	M	11/05/76	41
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0968378314				X				H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO		SEGURO SALUD PRINCIPAL			
Provincia: Manabí Cantón: Pedernales Parroquia: Pedernales				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la		IESS-G IESS-C ISSPOL ISSFA PRIV.	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP			Consultatorio Cirugía General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente quien refiere dolor abdominal 3 años de evolución caracterizado por Dolores Abdominal en Hipocóndrio Derecho, y Dispepsia posterior a comida copiosa.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Ecografía Abdominal: Litiasis Vesicular.	

E. DIAGNÓSTICO	
1. Cálculo en vesícula Biliar	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO
2.	CIE PRE DEF
3.	4. 5. 6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
13/2/2015	14:00	Andrés	Ripoll
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1309046694		[Firma]	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	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	
1.	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO
2.	CIE PRE DEF
3.	4. 5. 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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	