

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		1410	HBAGA		B	0924170533		0924170533						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD					
CEDENO		BALAREZO		DOLORES		F	1981-11-05	43	H	D	M	A		
0989159647-0980091677				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.								
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
13	PICHINCHA		PICHINCHA											
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP				CONSULTA EXTERNA		GASTROENTEROLOGIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO														
FEMENINO DE 43 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA CON TRASTORNOS DISPEPTICOS E INTOLERANCIA A LOS COLECISTOQUINETICOS														
ECO LITIASIS VESICULAS ,COLEDOCO DIAMETRO MAS DE 12 MM														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF					CE	PRE	DEF			
1.	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI	K805		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO							
12/11/2024	11.00 AM		NELSON		BETANCOURT		RIVERO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA			SELLO								
0960003283														
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN														
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	NO						
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		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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF					CE	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								