

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	0925676561								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
IBARRA		QUIJJE		ALEXANDRA		MARIBEL		F	20/11/1988	37	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0969855695-0985111772		MSP	BARRIO 12 DE OCTUBRE- VIA A QUIROGA		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA
-----	----------------------------------	------------------	---------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL EVA 7/10, INTOLERANCIA A ALGUNOS ALIMENTOS DE PREFERENCIAS GRASAS, DISPEPSIAS, FLATULENCIAS CON DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO DE TAMAÑO NORMAL 10.45 CM LHD, FORMA REGULAR, BORDE REGULAR, TEXTURA HOMOGENEA, DE ECOGENECIDAD CONSERVADA. CONTORNOS REGULARES, PARENQUIMA HEPATICO CONSERVADO. VENA PORTA DE CALIBRE Y TRAYECTO NORMAL, VIAS BILIARES INTRA Y EXTRAHEPATICA DE CALIBRE NORMAL. VESICULA: SEMI DISTENDIDA PAREDES GRUESAS CON IMAGENES LITIASICAS EN SU INTERIOR QUE MIDE LA MAS GRANDE 3.72 CM PANCREAS NO VALORASBLE POR INTERPOSICION DE ASAS INTESTINALES ASAS INTESTINALES: PRESENCIA DE ABUNDANTE GAS Y MATERIA FECAL BAZO FORMA Y TAMAÑO NORMAL, NO ECTASIA RIÑON DERECHO FORMA RREGULAR, TAMAÑO ECOGRAFICOS NORMAL 10.70 X 5.03 CM, DE ECOGENICIDAD CONSERVADA, RELACION CORTICOMEDULAR 1.12 CM, ADEMAS SE OBSERVA IMÁGENES HIPERECOGENICAS LITIASICAS EN NUMERO DE 3 QUE LA MAYOR MIDE APROXIMADAMENTE 0.9 CM. RIÑON IZQUIERDO FORMA RREGULAR, TAMAÑO ECOGRAFICOS NORMAL 10.41 X 4.40 CM, DE ECOGENICIDAD CONSERVADA, RELACION CORTICOMEDULAR 1.13 CM, ADEMAS SE OBSERVA IMÁGENES HIPERECOGENICAS LITIASICAS EN NUMERO DE 2 QUE LA MAYOR MIDE APROXIMADAMENTE 0.83 CM. CONCLUSION METEORISMO ABUNDANTE (+++) + LITIASIS RENAL BILATERAL + CALCULO EN VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	K802		X	4.			
2.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/03/10	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1309015111						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIÓN DEL A 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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			

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	