

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	0928706654		0928706654	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	H D M A
SOLORZANO		ZAMBRANO		ARACELY		BARBARA	F	1990-06-26	35
				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
				X					
0996279917-0992327534				MOTIVO					
				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				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
13	BOLIVAR	CALCETA							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
FEMENINO DE 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TRASTORNO DISPEPTICO E INCONTINENCIA A LOS ALIMENTOS COLECISTOQUINETICOS ADEMÁS DE HACER UNOS DÍAS ICTERIA DE ESCLERAS			
ECO AUMENTO DE TAMAÑO CONDUCTO COLEDOCO, LITIASIS VESICULAR			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	CALCULO DEL CONDUCTO BILIAR			DEF = DEFINITIVO	K805					
2.										
3.										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/10/2025	9.00a.m	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 AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA
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	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.				DEF = DEFINITIVO				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		