

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO Hospital B. Franco	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 0943818080	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Parral	SEGUNDO APELLIDO Juarez	PRIMER NOMBRE Jessica	SEGUNDO NOMBRE Elisabet	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 11/11/97
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 09683832 - 0993054539		REFERENCIA X	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☒ D ☐ M ☐ A ☐	
PROVINCIA Manabí	CANTÓN Pesende	PARROQUIA Pesende	MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la		
SEGURO SALUD PRINCIPAL IESS-G ☐ IESS-C ☐ ISSPOL ☐ ISSFA ☐ PRIV. ☐					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO Consulta Externa Cirugía General	ESPECIALIDAD
---------------------------------------	--------------------------	---	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Se trata de paciente, femenina de 27 años que refiere dolor abdominal de 5 días quien refiere dolor en hipocampo derecho tipo cólico así mismo refiere náuseas, vómitos y diarrea.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ecografía Abdominal: litiasis biliar.

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Cálculo vesicular biliar sin K802							
2. Colelitiasis							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 16/7/2025	HORA (hh:mm) 14:30	PRIMER NOMBRE Franklin	PRIMER APELLIDO Ramírez	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1309046699	FIRMA 	SELLO Dr. Andres Ripalda Zambrano ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA 0 1309046699		

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	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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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	