

| 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         | 1300701073                                                                                                                                                           |      | 1300701073        |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                  |                          | SEXO                         |           | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                     | EDAD | CONSEJO EN ESTADO |  |
| VELASQUEZ                                                                                                                                                                                     | CANO             | JOSE                           |                          | M                            |           | 1938-04-28                                                                                                                                                           | 87   | M B H A           |  |
| 0998201480                                                                                                                                                                                    |                  | REFERENCIA                     |                          | DERIVACIÓN                   |           | MOTIVO                                                                                                                                                               |      |                   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                                                                                                                                                    |                  | CARRERA                        |                          | PASADIVA                     |           | 1. Accesibilidad geográfica<br>2. Faltas de espacio físico<br>3. Faltas de equipamiento<br>4. Equipos en mal estado<br>5. Problemas de infraestructura               |      |                   |  |
| 18                                                                                                                                                                                            |                  | BOLIVAR                        |                          | CALCETA                      |           | 6. Problemas de abastecimiento<br>7. Insuficiencia de profesionales<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                   |  |
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA                                                                                                                                       |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                       |                  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       |                          | SERVICIO                     |           | ESPECIALIDAD                                                                                                                                                         |      |                   |  |
| MSP                                                                                                                                                                                           |                  |                                |                          | CONSULTA EXTERNA             |           | CIRUGÍA GENERAL                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                 |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| PACIENTE MASCULINO DE 87 AÑOS DE EDA CON DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO A TIPO COLICO HACE 15 DÍAS ACOMPAÑADO DE SÍNTOMAS DISPEPTICOS AL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMÁTICO |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL INFORMA MÚLTIPLES CÁLCULOS EN EL INTERIOR DE LA VESÍCULA                                                                                                                  |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| E. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| PRIM. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                             |                  | CE                             | PRE                      | DEF                          |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS                                                                                                                                                |                  | K802                           |                          | X                            |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                          |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                         | HORA             | PRIMER NOMBRE                  |                          | PRIMER APELLIDO              |           | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                     |      |                   |  |
| 05/03/2025                                                                                                                                                                                    | 8.00 am          | JANETH                         |                          | MASAPANTA                    |           | ZAPATA                                                                                                                                                               |      |                   |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                         |                  | FIRMA                          |                          | SELLO                        |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| 1204015455                                                                                                                                                                                    |                  | <i>Janeth Masapanta Zapata</i> |                          | Dra. Janeth Masapanta Zapata |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN                                                                                                                                                   |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| REFERENCIA JUSTIFICADA                                                                                                                                                                        |                  | NO                             |                          | DERIVACIÓN JUSTIFICADA       |           | NO                                                                                                                                                                   |      |                   |  |
| CONTRAREFERENCIA                                                                                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/>       |                          | REFERENCIA INVERSA           |           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                             |      |                   |  |
| 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 (dd/mm/aa)                                                                                                                                                     |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                 |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                             |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS                                                                                                                                      |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| F. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| PRIM. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                             |                  | CE                             | PRE                      | DEF                          |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE                                                                                                       |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                          |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                         | HORA             | PRIMER NOMBRE                  |                          | PRIMER APELLIDO              |           | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                     |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                         |                  | FIRMA                          |                          | SELLO                        |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |
|                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                              |           |                                                                                                                                                                      |      |                   |  |