

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1410

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HAGA

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1303217721

NÚMERO DE ARCHIVO

7063

PRIMER APELLIDO

VERGARA

SEGUNDO APELLIDO

LOOR

PRIMER NOMBRE

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

CONCEPCION

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

01/01/1951

EDAD

75

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H	D	M	A
			X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0996589217

REFERENCIA

☒

DERIVACIÓN

☐

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒
3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒
5. Problemas de infraestructura.	☐		

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

BOLIVAR

PARROQUIA

CALCETA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GASTROENTEROLOGIA

Paciente femenina de 75 años de edad , con antecedente de hipertension arterial en tratamiento que acude por cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, tipo cólico, de intensidad progresiva, irradiado a región dorsal, acompañado de náuseas y 2 episodios de vómito de contenido alimentario. Refiere además coluria de 3 días de evolución, asociadas a sensación febril y malestar general. Niega diarrea, hematemesis o melenas. Antecedente de coledocolitiasis diagnosticada previamente. Por persistencia de la sintomatología acude para valoración médica.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EN ECOGRAFIA REPORTA COLEDOCOLITIASIS

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	K805		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
.2025-06-05	14:00	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1204015455				

REFERENCIA JUSTIFICADA

☐

SI

X

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

☐

SI

X

NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA