

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                                   | 1277              | CENTRO DE SALUD EL RECIBO           | A                        | 1303710873                         |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE           | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| VARGAS                                | COOL              | CANDIDA                             | ROSARI                   | M                                  | 03-05-1949                          | 67   | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                          | DERIVACIÓN               | MOTIVO                             |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| 0999831258                            | IESS CAMPESINO    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   |                                     |                          | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                           |                          |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive  |      |                         |   |   |   |  |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                             |                          |                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |      |                         |   |   |   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                 |
|-------------------------|--------------------------|------------------|-----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD    |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | CIRUGIA GENERAL |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR CON CUADRO CLINICO DE MAS MENOS 5 AÑOS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, INTERMITENTE, EVA 7, UBICADO EN ABDOMEN ALTO QUE SE IRRADIA A ESPALDA DERECHA, SE PRESENTA CADA MES, ASOCIADO A LA INGESTA DE DIVERSOS ALIMENTOS. EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO. PRESENTA ECOGRAFIA POSITIVA PARA CALCULO DE VESICULA BILIAR. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA DEL 18 DE DICIEMBRE 2025: VESICULA DE PAREDES FINAS, CON PRESENCIA DE MULTIPLES IMAGENES QUE PROYECTAN SOMBRA ACUSTICA COMPATIBLES CON LA PRESENCIA DE LITOS, EL DE MAYOR TAMAÑO 1.22 CM.

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE- PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO             | CE   | PRE | DEF                                 |    | CE | PRE | DEF |
|----|------------------------------------------------|------|-----|-------------------------------------|----|----|-----|-----|
| 1. | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS | K802 |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. |    |     |     |
| 2. |                                                |      |     |                                     | 5. |    |     |     |
| 3. |                                                |      |     |                                     | 6. |    |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 24/12/2025                            | 16:04:00        | IGNACIO       | MANRIQUE        | AVEIGA           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FRMA            | SELLO         |                 |                  |
| 1308639879                            |                 |               |                 |                  |

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | 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 (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE- PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CE | PRE | DEF |    | CE | PRE | DEF |
|----|------------------------------------|----|-----|-----|----|----|-----|-----|
| 1. |                                    |    |     |     | 4. |    |     |     |
| 2. |                                    |    |     |     | 5. |    |     |     |
| 3. |                                    |    |     |     | 6. |    |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FRMA            | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |