

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 103891636                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | 1303891646        |               |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                  |  | SEGUNDO APELLIDO                               |                          | PRIMER NOMBRE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                               |     | EDAD              | LOGRO DE EDAD |
| GUERRERO                                                                                                                                                                                                                                                         |  | BRAVO                                          |                          | RAMONA           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DEL SOCORRO                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | F                 | 1959-05-27 65 |
| 0959644042 - 0979953870                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |                          |                  | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                              | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | MOTIVO            |               |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                |                          |                  | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de equipo físico<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento<br><input type="checkbox"/> 4. Falta de personal<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CANTÓN                                         |                          | PARROQUIA        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales<br><input type="checkbox"/> 8. Insuficiencia de capacidad resolutiva<br><input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |     |                   |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                               |  | JUNIN                                          |                          | JUNIN            |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| 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 FEMENINA DE 65 AÑOS DE EDA CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. REFIERE DOLOR ABDOMINAL HACE 9 AÑOS, LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO A TIPO COLICO ACOMPAÑADO DE SÍNTOMAS DISPEPTICOS |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL INFORMA CALCULOS EN EL INTERIOR DE LA VESICULA                                                                                                                                                                                               |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| E. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS |                          | K802             | CE                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRE                                                                                                                                                                                                                                                                            | DEF |                   |               |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| FECHA (dd/mm/aa)                                                                                                                                                                                                                                                 |  | HORA (hh:mm)                                   |                          | PRIMER NOMBRE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                |     | SEGUNDO APELLIDO  |               |
| 09/12/2024                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 8:00 am                                        |                          | JANETH           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MASAPANTA                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | ZAPATA            |               |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                            |  | FIRMA                                          |                          | FIRMA            |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | FIRMA             |               |
| 1204015455                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <i>[Firma]</i>                                 |                          | <i>[Firma]</i>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <i>[Firma]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                 |     | <i>[Firma]</i>    |               |
| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| REFERENCIA JUSTIFICADA                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                |                          |                  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                |                          |                  | <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                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |                          |                  | CE                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRE                                                                                                                                                                                                                                                                            | DEF |                   |               |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE                                                                                                                                                                          |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| FECHA (dd/mm/aa)                                                                                                                                                                                                                                                 |  | HORA (hh:mm)                                   |                          | PRIMER NOMBRE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                |     | SEGUNDO APELLIDO  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                            |  | FIRMA                                          |                          | FIRMA            |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | FIRMA             |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                |                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                   |               |