

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1410	HBAGA		B	1304463076		1304463076		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	H D M A	
SOLÓRZANO		DELGADO		PATRICIO		EDUARDO		61		
0988815118 - 0986024886				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					
13	BOLÍVAR		CALCETA		☒					

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 61 AÑOS DE EDADE CON DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO A TIPO COLICO ACOMPAÑADO DE SÍNTOMAS DISPEPTICOS			
ECOGRAFIA ABDOMINAL INFOMA CALCULO EN EL INTERIOR DE LA VESICULA BILIAR			

E. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO DEL DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS				K802		X			
2.										
3.										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/12/2025	9.00a.m	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1204015455				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN						
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS			

F. DIAGNÓSTICO				PRE = PRESUNTIVO DEL DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO