| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|---|---|---|---|---|---|
| MSP | 1410 | HBAGA | B | 1304642695 | 1304642695 |

| | SEGUNDO APELLIDO | | | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | H | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SABANDO | MENDIETA | URSULA | ROSA LEOPOLDA | F | 1956-10-21 | 69 | | | | X |

0994946066

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA |
|---|---|---|
| 13 | 2 | 50 |

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura [ ]
6. Problemas de abastecimiento [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [X]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
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 | CIRUGIA |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINO DE 69 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 ,ACUDE A CONSULTA AQUEJADA DE TRASTORNOS DISPEPTICOS EN RELACION CON CALCULO DE LA VESICULA BILIAR

ECO COLELITIASIS

## E. DIAGNÓSTICO

PRE = PRESUNTIVO
DEF = DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | COLELITIAISIS | K808 | | X | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| 30/01/2026 | 9.00 a.m | NELSON | BETANCOURT | RIVERO |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO |
|---|---|---|
| 0960003283 | Firmado electrónicamente por: NELSON ALBERTO BETANCOURT RIVERO Validar únicamente con FirmaEC | |

## 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 | 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
DEF = 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 |
|---|---|---|
| | | |