

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CALDERON	AGUSTIN MILCIADES	07	07	1978	47 años, 2 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309636510	MANABI	CHONE	BOYACA	BOYACA y	093-955-5159 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309636510	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	10	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRONICAS APARENTES ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR INTENSO SOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO QUE SE INCREMENTA CON LA INGESTA DE GRASA ACOMPAÑADA EN OCASIONES DE NAUSEAS SE REALIZA ECOGRAFIA DONDE SE EVIDENCIA PRESENCIA DE COLECISTITIS POR LO QUE NECESITA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VESÍCULA DISTENDIDA EN FORMA ADECUADA PRESENCIA EN SU INTERIOR DE VARIOS CÁLCULOS 20 MM DE 6.5 MM 7.1 MM 7.6 MM Y 8.8 MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	K819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	08:22	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
				/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	08:22	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	