

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                  |                          |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  |                  | DISTRITO 13 D08          |                                  | B         | 1310055965                       |  | 1310055965                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Vinces                                |  | Intriago         |                          | Gregoria                         |           | Narcisa                          |  | F                                                       | 6/5/1978         | 47   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| 99 894 4922/ 0989930508               |  |                  |                          | X                                |           |                                  |  | X                                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTON                                |  |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             |  |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  | X                                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| BOLIVAR                               |  |                  |                          | CALCETA                          |           |                                  |  | X                                                       |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                          |  |            |  |                 |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------|--|-----------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO   |  | ESPECIALIDAD    |  |
| MSP                     |  |                          |  | C- EXTERNA |  | CIRUGIA GENERAL |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLELITIASIS EVIDENCIADO POR ECOSONOGRAFIA manifiesta episodios de dolor colico de intensidad moderado , intermitente que obliga a tomar analgesicos y opioides para calmar el dolor .eventualmente viene acompañado con nauseas y vomitosy con afectacion a sus actividades de la vida diaria ,

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOSONOGRAFIA COMPATIBLE CON COLELITIASIS / COLECISTITIS

ANTECEDENTE DE obesidad grado 2/3

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE                                             | PRE   | DEF |   | CIE | PRE | DEF |
|-----------------|-----------------|-------------------------------------------------|-------|-----|---|-----|-----|-----|
| 1.              |                 | Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis. | K80.0 |     | X | 4.  |     |     |
| 2.              |                 |                                                 |       |     |   | 5.  |     |     |
| 3.              |                 |                                                 |       |     |   | 6.  |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                   |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|-------------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE     |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 20/03/2026                            | 900          | JOSE              |  | PINOARGOTE      |  | MENENDEZ         |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA             |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1308408135                            |              | JOSE PINOARGOTE M |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA       |    |    | REFERENCIA INVERSA     |    |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |
|-------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | 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 | 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |

