

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																					
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1310243454		1310243454																					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
GILER	VELEZ	TERESA		JOHANNA	M	25/10/1980	43	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X												
H	D	M	A																									
			X																									
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN																							
0997763430		NO APORTA		X																								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO																										
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutoria.</td><td>X</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.	X	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		5. Problemas de infraestructura.			
1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.																										
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.																										
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.	X																									
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																										
5. Problemas de infraestructura.																												
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA																										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 43 AÑOS QUE PRESENTA DOLOR INTENSO A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO, DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, AL EXAMEN FÍSICO, PUNTO CÍSTICO Y MURPHI POSITIVOS, ECOGRAFIA DE ABDOMEN REPORTA MÚLTIPLES CALCULOS A NIVEL DE VESICULA BILIAR. SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. CALCULO DE VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	K802		X	4.		
2.				5.		
3.				6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/10/2024	14:38:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309637757			DISTRITO DE SANTIAGO 13012 Félix Humberto Giler MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2022-2414983	

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 EXAMENES 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	