

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

N  
E

COORDINACIÓN ZONAL 4

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                                   |            | 4443              | CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE |                                                                                                                                                           | B         | 1310998685                       |            | 1310998685                                                                                                                                                                       |                  |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                       |            | SEGUNDO APELLIDO  |                            | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                             |           | SEGUNDO NOMBRE                   |            | SEXO                                                                                                                                                                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| CEDEÑO                                |            | CEDEÑO            |                            | RONNY                                                                                                                                                     |           | SLEYDER                          |            | H                                                                                                                                                                                | 14/10/1997       | 27   | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |            | TIPO DE COBERTURA |                            | REFERENCIA                                                                                                                                                |           | X                                | DERIVACIÓN |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0961981823 0986496528                 |            |                   |                            | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |            | MOTIVO<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  | X    |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |            |                   |                            |                                                                                                                                                           |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN     |                   | PARROQUIA                  |                                                                                                                                                           |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |  |  |
| MANABI                                | ROCAFUERTE |                   | ROCAFUERTE                 |                                                                                                                                                           |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |  |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                   |  |                  |  |                 |  |
|-------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD          |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD    |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL DE CHONE NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | CIRUGIA GENERAL |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Masculino de 27 años de edad, con app Litiasis vesicular, presenta dolor de moderada a gran intensidad en hipocondrio derecho de meses de evolucion aproximadamente, acompañado en ocasiones de vomitos, al examen físico se evidencia presencia de dolor, al momento signos vitales estables.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR: VESICULA BILIAR MIDE 121 MM X 54MM. SE OBSERVA IMAGEN HIPERCOGENICA MIDE 21MM 19MM

E. DIAGNOSTICO

|                 |                                               |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|-----------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO                               | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLELITITIS | 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 |  |
| 16/12/2024                            | 14:30:00 PM  | WENDY         |  | ESCOBAR         |  | HOLGUIN          |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |  |                  |  |
| 1312452186                            |              |               |  |                 |  |                  |  |

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           |  |                  |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA