MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

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	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1314161041	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
DOMINGUEZ	SORNOZA	ERIKA	PATRICIA	F	28/06/1990	35				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0982539520	NO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

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. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [X]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [X]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	CIRUGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

.FEMENINA ADULTA MEDIA DE 34 AÑOS. // ALERGIAS: REFIERE ALERGIAS AL POLVO Y A LAS PELUSAS. REFIERE ALERGIAS AL CAMARON O AL GUARICHE. // APP: NO REFIERE. // APQ: 3 CESAREA Y SALPINGECTOMIA BILATERAL. // AGO: G:3 C:3 P:0 A:0 // APF: MADRE HTA, PADRE FALLECIDO CON CANCER DE PROSTATA. // ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL EN REGION DE EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO, QUE SE EXACERBA A LOS MOVIMIENTOS EXTENUANTES, SIN REFERIR OTRA SINTOMATOLOGIA DE RELEVANCIA. // AL EXAMEN FISICO GENERAL: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 4 ESFERAAS NEUROLOGICAS, AFEBRIL, GLASGOW 15/15, ACTIVA-REACTIVA CON VALORACION NUTRICIONAL EN OBSIDAD GRADO 1 POR IMC DE 34.23 // EXAMEN FISICO REGIONAL: ABDOMEN: RHA PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, MEDIANAMENTE DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN EPIGASTRIO Y ENTRE EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO (MURPHY INDETERMINADO), NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. // TRAE CONSIGO ECOGRAFIA DEL 25/06/2025 DONDE SE OBSERVAN MULTIPLES LITOS EN VESICULA BILIAR DE ENTRE 4 MM HASTA 8 MM.// SE REVISA EXAMENES REALIZADOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DONDE NO SE OBSERVA ALTERACION EN HEMOGRAMA, BIOQUIMICA CON PRESENCIA DE HIPERCOLESTEROLEMIA CON LIMITE ALTO (224.08 MG/DL),. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	CALCULO DE LA 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
2025/08/27	16:00			

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
	Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÒN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÒNJUSTIFICADA	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