

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		4443	CS ROCAFUERTE		B	1314318492		1314318492							
PRIMER APELLIDO		LOOR		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CENTENO		MANTUANO		SILVIA		JAMILETH		F	2002-09-11	23	H	D	M	X	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0964069595/0988458702								MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
						4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X				
						5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

Paciente femenina de 23 años de edad que acude a consulta posterior a haber permanecido en observación en el área de emergencia del Hospital de Chone durante 8 horas el día de ayer. Refiere dolor abdominal severo localizado en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas que progresaron a vómitos en aproximadamente seis ocasiones, sin restos alimenticios. Niega otros síntomas al momento de la valoración actual.Estado general: Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Ecografía abdominal:Vesícula biliar de 47 mm x 10 mm,Pared vesicular con grosor de 4 mm.En su interior se identifican dos imágenes hiperecogénicas, fijas, de características líticas, ambas de 16 mm, que proyectan sombra acústica posterior.Hallazgos compatibles con coleditiasis.Exámenes de laboratorio:TGO: 17.00 U/L,TGP: 16,00 U/L,TP: 13.50 segundos,TTP: 34.60 segundos,Tratamiento indicado en emergencia:Gastrofast sachets VO QD,Omeprazol 20 mg VO QD,Diclofenaco 50 mg VO cada 12 horas,Prednisona 20 mg VO QD por 5 días. Análisis / Diagnóstico Colelitiasis sintomática,Dolor abdominal tipo biliar,Náuseas y vómitos secundarios a patología vesicular. Plan Referencia a Cirugía General para valoración y manejo quirúrgico.Continuar tratamiento médico indicado mientras se realiza la valoración quirúrgica.Se Indicar dieta baja en grasas.Signos de alarma: fiebre, ictericia, aumento del dolor abdominal, vómitos persistentes; acudir inmediatamente a emergencia en caso de presentarlos.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ecografía abdominal:Vesícula biliar de 47 mm x 10 mm,Pared vesicular con grosor de 4 mm.En su interior se identifican dos imágenes hiperecogénicas, fijas, de características líticas, ambas de 16 mm, que proyectan sombra acústica posterior.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS COLELITIASIS	K808		X	4.						
2.					5.						
3.					6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/01/2026	10:50 AM	LEIDY		MANZO		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310900947							

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	