

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                  |                                   |               |                                                         |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
|---------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD          |               | TIPOLOGÍA                                               | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| MSP                                   |  | 1114             | HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES |               | B                                                       | 1314692144                       |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                                   | PRIMER NOMBRE |                                                         |                                  |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |  |
| MACIAS                                |  | PONCE            |                                   | FANNY         |                                                         | THALIA                           |  | M                 | 29/05/1996       | 28   | H                       | D | M | A |   |  |
|                                       |  |                  |                                   |               |                                                         |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                                   |               | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN                       |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| 0997413142                            |  |                  |                                   |               |                                                         | X                                |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                                   |               | MOTIVO                                                  |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                                   | PARROQUIA     | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| MANABI                                |  | ROCAFUERTE       |                                   | VALDEZ        | 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 resolutive                      |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   | X |  |
|                                       |  |                  |                                   |               | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE MENCIONA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE HA IDO EN AUMENTO DE FRECUENCIA Y APARICION, PACIENTE CON COLICOS DE FORMA CONSTANTE QUE USA ANALGESIA ENDOVENOSA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA 01/09/2024 VESICULA CON 3 IMÁGENES HIPERCOGENCIAS DE 17MM X 10 MM

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                             |      |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|---------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd) | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| ,2025/01/10           | 21:00           | ELEANA        |  | VASQUEZ         |  | SOLORZANO        |  |
| CEDULA                |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1310630817            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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

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

|                         |  |           |                                   |  |           |                                  |  |                   |  |
|-------------------------|--|-----------|-----------------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD          |  | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
| MSP                     |  | 1411      | HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES |  | BASICO    |                                  |  |                   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |                          |  |          |                    |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |  |
| MSP                     |  |                          |  | 13D12    |                    |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |  |     |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|--|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |