

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1314811207		1314811207	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION DE SALUD		
CASTRO		LOOR		YULIANA	IVONNE	F	1993-01-29	32	H D M A
0993403351- 0939110041		REFERENCIA		X	DERIVACION	N			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		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 resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA							
13	BOLIVAR	CALCETA							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO			
PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD QUE HACE 32 DIAS SE REALIZO CPRE DONDE SE COLOCO UNA PROTESIS EN COLEDOCO Y 48 H POSTERIORES FUE OPERADA CON EL DIAGNOSTICO DE LITIASIS VESICULAR + CALCULO DE L CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL, SE REALIZO COLECISTECTOMIA PREVIAMENTE SE EXTRAE CALCULO DEL CONFLUENTE DEL CISTICO, ADEMAS SE VISUALIZA HIGADO CON CAMBIO DE COLORACION Y SIGNOS INFLAMATORIOS .AL MOMENTO SE ENCUENTRA BIEN , NO DOLOR ABDOMINAL, NO ICTERICIA			
SE REALIZO EN 2 OCASIONES CPRE , NO SE LOGRO EXTRAER EL CALCULO Y FINAMENTE COLOCO PROTESIS BILIAR			

E. DIAGNOSTICO			
PRE = PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF
1. CALCULO DEL CONDUCTO BILIAR PRICIPAL	K 805		X
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
01/09/2025	9.00 a.m	JANETH	MASAPANTA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA	SELLO
1204015455			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCION DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO			

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS			

F. DIAGNOSTICO			
PRE = PRESUNTIVO	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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA	SELLO