

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	1315800258											
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
SANCHEZ	ZAMBRANO	JOSE	GREGORIO	M	06/10/1992	33	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO									
984835059	MSP					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.									
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 GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO, DE INTENSIDAD MODERADA, TIPO CÓLICO, INTERMITENTE, ASOCIADO A NÁUSEAS Y VÓMITOS EN ALGUNAS OCASIONES. NIEGA FIEBRE, DIARREA O ICTERICIA. REFIERE QUE EL DOLOR SE EXACERBA POSTERIOR A LA INGESTA DE COMIDAS GRASAS. RECIBIÓ MANEJO PREVIO CON SERTAL VÍA ORAL Y KETOROLACO INTRAMUSCULAR, CON MEJORÍA PARCIAL DEL DOLOR. ACUDE A CONSULTA CON RESULTADO DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA VALORACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			K81.0		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/02/2026	10:00:00	MARIA	MOREIRA	BERMEO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311619967				

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	