

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ASESORÍA	
MSP		1410	HBAGA		B	1315815983		1315815983	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	
LECTONG		SANCHEZ		GEMA		ALEXANDRA	F	1994-11-08	29
09993443199 - 0994361070					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			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.				
13	BOLIVAR	CALCETA							
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD			SERVICIO		ESPECIALIDAD		
MSP					CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA GENERAL		
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDA CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE DIABETES MELLITIS, OBESIDAD. REFIERE DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HIPOCÓNDRICO DERECHO HACE VARIOS DÍAS ACOMPAÑADO DE SÍNTOMAS DISPÉPTICOS.									
ECOGRAFÍA ABDOMINAL. INFORMA CÁLCULOS EN EL INTERIOR DE LA VESÍCULA BILIAR.									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			
1.	CÁLCULO DE LA VESÍCULA 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		
23/09/2024	11.30 a.m	JANETH			MASAPANTA		ZAPATA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		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									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ASESORÍA	
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			
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			