

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1316332285						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	CASTRO	JOSE	RODOLFO	H	04/09/2003	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0982010880 / 0958706410		X								
/		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
		2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.				
		3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.				
		4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive				
		5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABÍ	CHONE	CHONE								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEO DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MASCULINO DE 21 AÑOS QUIEN ACUDE REFIRIENDO QUE HACE UN MES APROXIMADAMENTE PRESENTÓ DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO INTENSO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR Y OCASIONALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS DISPÉPTICOS POST INGESTA DE ALIMENTOS...

AL EX. FISICO. MUCOSAS CON LEVE TINTE ICTÉRICO, AR: MV NORMAL, ACV: RScsRs/s. SIGNOS VITALES NORMALES.

AL RASTREO ECOGRÁFICO SE CONSTATA IMAGEN HIPERECOGÉNICA DE 0.4 x 0.3cm DENTRO DE VESÍCULA BILIAR, VESÍCULA BILIAR TAMAÑO NORMAL, PAREDES FINAS CON IMAGEN HIPERECOGÉNICA DE 4 x 3 mm. NO CAPTA VASCULARIZACIÓN AL DOPPLER COLOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRÁFICO SE CONSTATA IMAGEN HIPERECOGÉNICA DE 0.4 x 0.3cm DENTRO DE VESÍCULA BILIAR,

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 CALCULO DE LA VESICULA 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
08/08/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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		