

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 |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                       |                  | 1246              | C. S TOSAGUA             | TIPO C         | 1316348315                       |                  | 1316348315        |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                   | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE     |                          | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| RIVAS                                                                                                                                                                             | GARCIA           | HEIDY             |                          | MASIEL         | M                                | 20/08/2000       | 24                | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                                                                                                                                                                 | D                | M                 | A                        |                |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                                                                                                                                                   |                  |                   | X                        |                |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                                                                                                                                             |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA     | DERIVACIÓN                       |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 0982701704                                                                                                                                                                        |                  | NO APORTA         |                          | X              |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                                                                                                                                        |                  |                   |                          |                |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                         | CANTÓN           |                   | PARROQUIA                |                |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| MANABI                                                                                                                                                                            | TOSAGUA          |                   | TOSAGUA                  |                |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.                         |                  |                   |                          |                |                                  |                  |                   |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| MOTIVO<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive.<br>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    |
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA | HOAPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | CIRUGIA GENERAL |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 56 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR DOLOR INTENSO A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO DE 6 MESES DE EVOLUCION QUE SE ACOMPAÑA DE MALESTAR GENERAL, NAUSEAS Y VOMITOS, AL EXAMEN FISICO A LA PALPACION PUNTO CISTICO POSITIVO, MURPHI POSITIVO, SE SOLICITA ECOGRAFIA DE ABDOMEN DONDE REPORTA A NIVEL DE VESICULA BILIAR MULTIPLES POLIPOS, POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO                   | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. ENFERMEDAD DE LA VESICULA BILIAR, NO ESPECIFICADA | K829 |     | X   | 4.  |     |     |
| 2.                                                   |      |     |     | 5.  |     |     |
| 3.                                                   |      |     |     | 6.  |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                                                                                                                    |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO                                                                                                    | SEGUNDO APELLIDO |
| 24/10/2024                            | 14:20:00     | FELIX         | VELIZ                                                                                                              | GILER            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO                                                                                                              |                  |
| 1309637757                            |              |               | <div>DISTRITO DE SANTIAGO 3012<br/>Félix Humberto Giler<br/>MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br/>2022-2414983</div> |                  |

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 | TIPOLOGÍA | 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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |