

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                                   |                   | CS PUEBLITO                      | A                         | 1352082414                       | 1352082414                         |                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VELEZ                                 | VELEZ             | GEMA                             | GABRIELA                  | f                                | 99/10/30                           | 24                                                      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                       | x                         | DERIVACIÓN                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |
| 997621251                             | NO                | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   | 2. Falta de espacio físico.      |                           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                  |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     | x                       |   |   |   |
| manabi                                | rocafuerte        | rocafuerte                       | 4. Equipos en mal estado. |                                  |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
|                                       |                   | 5. Problemas de infraestructura. |                           |                                  |                                    |                                                         |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |                 |
|-------------------------|--------------------------|------------------|-----------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD    |
| MSP                     | hospital napoleon davila | CONSULTA EXTERNA | cirugia general |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

pcte de 24 años de edad con antecedente de salud que acude por presentar dolor en hipocondrio derecho se recibe ecografia que evidencia multiples imagenes hiperecogenicas que proyectan sombra acustica en el interior de la vesicula con signo de murray positivo. se decide regferir para valorar cirugia general

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

|                                 |              |      |     |    |     |     |     |
|---------------------------------|--------------|------|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE          | PRE  | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                              | COLELITIASIS | k808 |     | 4. |     |     |     |
| 2.                              |              |      |     | 5. |     |     |     |
| 3.                              |              |      |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                    |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                      | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 19/09/24                              | 10:00:00     | JORGE                                                                              | BERGUES         | MUSTELIER        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO                                                                              |                 |                  |
| 1756308134                            |              |  |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |                        |    |    |
|------------------------|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |