



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	001414	Pavon	CS	1314772847									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Mero	Rodriguez	Ketty	Eulalia	M	13-03-1991	34	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0968699317		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 resolutive							X
13	1303	130356	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 General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS- APP: GASTRITIS APF: DIABETES TIPO II(PADRE) APQ: CESAREA(1) ACUDE POR CUADRO DE DOLOREN FOSA ILÍACA DERECHA DE APROXIMADAMENTE 7 MESES- DE TIPO CONTINUO- TIPO CÓLICO- DE INTENSIDAD MODERADO-INTENSO-EVA9/10- SIN IRRADIACIÓN. REFIERE SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL Y OCASIONAL NÁUSEA- SIN VÓMITOS NI FIEBRE. NOCAMBIOS IMPORTANTES EN EL PATRÓN URINARIO O INTESTINAL. CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES- FUM: 24/06/2025- SINMETORRAGIA NI LEUCORREA ANORMAL. TRAE CONSIGO RES ULTADO DE ECOGRAFIA ABDOMINAL REALIZADA EN TIPO C DE CHONE.EXAMEN FISICO: ABDOMEN: BLANDO- DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN FOSA ILÍACA DERECHA E IZQUIERDA- SIN REBOTE NIDEFENSA VOLUNTARIA. NO SE PALPA MASA ABDOMINAL. RHA PRESENTES. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS.INFORME ECOGRÁFICO EN SISTEMA: A NIVEL DE FOSA ILIACA DERECHA SE OBSERVA UNA IMAGEN DE GRAN TAMAÑO- BORDESDELIMITADOS- HIPERECOGENICA HOMOGENEA- VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA S UGESTIVA DE MASA MIDE 9-30 X 6-43 X 9-01CM VOL DE 282-60. SE S UGIERE CORRELACIÓN CLÍNICA Y POSIBLE ORIGEN ANEXIAL (OVÁRICO). PRESENCIA MINIMA DE LIQUIDO ENSACO DE DOUGLAS PLAN 1. INTERCONS ULTA CON GINECOLOGÍA 2.- LABORATORIOS SOLICITADOS: HEMOGRAMA-PROTEÍNA C REACTIVA. 3.- MANEJO SINTOMÁTICO DEL DOLOR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
A NIVEL DE FOSA ILIACA DERECHA SE OBSERVA UNA IMAGEN DE GRAN TAMAÑO- BORDESDELIMITADOS- HIPERECOGENICA HOMOGENEA- VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA S UGESTIVA DE MASA MIDE 9-30 X 6-43 X 9-01CM VOL DE 282-60. SE S UGIERE CORRELACIÓN CLÍNICA Y POSIBLE ORIGEN ANEXIAL (OVÁRICO). PRESENCIA MINIMA DE LIQUIDO ENSACO DE DOUGLAS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Tumefaccion Masa O Prominencia Intraabdominal Y Pelvica	R190	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-09	02:44	Javier	Buenaventura	Loor
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313606327				

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		