



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	Eloy Alfaro	CS	1311652810							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rosado	Cedeño	Angela	Maria	M	05-07-1987	37	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0963153835		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	130355	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	Gastroenterologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
S:PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ALERGIAS: NO REFIERE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 3SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD - NAUSEAS QUE NO LLEGAN AVOMITO - PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA ABDOMINAL REGISTRADA EN EL PRASS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE. O: SIGNOSVITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES- EXAMEN FISICO: EPIGASTRALGIA A LA PALPACION S UPERFICIAL - METEORIS MOINTestinal AUMENTADO - RESTO SIN LATERACION. A: PACIENTE CON SIGNOS ECOGRAFICOS DE IRRITABILIDAD GASTRICA.CONSIDERAR GASTRITIS VS REFLUJO GASTROESOFAGICO. PACIENTE CON MICROLITIASIS RENAL UNILATERAL IZQUIERDA- SIN EFECTOObSTRUCTIVO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD GASTROENTEROLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: SE REALIZA ECOGRAFIA DE ABDOMEN EN EQUIPO MINDRAY Z60 DE ALTA GAMMA CON TRANSDUCTOR CONVEXO- SEOBSERVA: HIGADO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 1155CM- ECOGENICIDAD ADECUADA- PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURAHOMOGENEA- SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDAS NI QUISTICAS EN S U INTERIOR. VESICULA: REPLECIONADA- SINENGROSAMIENTO DE PARED- CONTENIDO ANECOICO- SIN PRESENCIA DE FORMACIONES LITIASICAS EN S U INTERIOR- CONDUCTOS YVIAS BILIARES CONSERVADAS. SE MENCIONA VESICULA CON ASPECTO DE GORRO FRIGIO COMO VARIANTE ANATOMICA. PILORO: CONPRESENCIA DE LIQUIDO PERIASA INFLAMATORIO. PANCREAS: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE CABEZA: 0.68CM XCUERPO:0.89CM ECOGENICIDAD ADECUADA- PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA- SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDASNI QUISTICAS EN S U INTERIOR. BAZO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 8.96CM- ECOGENICIDAD ADECUADA- PARENQUIMA YECOESTRUCTURA HOMOGENEA- SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDAS NI QUISTICAS EN S U INTERIOR. RINON DERECHO:MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 9.30CM- ECOGENICIDAD ADECUADA- PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA- RELACIONCORTICOMEDULAR NORMOCONFIGURADA- SIN PRESENCIA DE FORMACIONES LITIASICAS EN S U INTERIOR- SIN ECTASIAS PRESENTES.PELVIS RENAL COMPACTA. RINON IZQUIERDO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 9.23CM- ECOGENICIDAD ADECUADA-PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA- RELACION CORTICOMEDULAR NORMOCONFIGURADA- CON PRESENCIA DEFORMACIONES MICROLITIASICAS EN S U INTERIOR QUE MIDEN MENOS DE 3MM- SIN ECTASIAS PRESENTES. PELVIS RENAL COMPACTA.VEJIGA: REPLECIONADA CON VOLUMEN DE 163.12MLSIN ENGROSAMIENTO DE PARED- CONTENIDO ANECOICO- SIN PRESENCIA DEFORMACIONES LITIASICAS EN S U INTERIOR. MARCO COLONICO: CON PRESENCIA DE ABUNDANTE CONTENIDO NEUMOFECAL ENTRAYECTO INTESTINAL. ASAS CON LEVE DISTENCION Y PERISTALTIS MO CONSERVADO. CONCLUSIONES: 1. SIGNOS ECOGRAFICOS DEIRRITABILIDAD GASTRICA. CONSIDERAR GASTRITIS VS REFLUJO GASTROESOFAGICO. 2. MICROLITIASIS RENAL UNILATERAL IZQUIERDA-SIN EFECTO OBSTRUCTIVO. 3. METEORIS MO. CONSIDERAR COLON IRRITABLE.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Dispepsia	K30X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-17	11:44	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313263269				

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	