

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FAJARDO	MIRANDA	ROSA PILAR	24	01	1990	35 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1206646992	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA CHAMANGA y	099-145-4379 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1206646992	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	08	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD, ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 3 HORAS CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO TIPO CÓLICO, DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA SOLIDA EN 4 OCASIONES Y VÓMITOS ALIMENTICIOS CUANTIFICADOS EN COMIDA DE 4, ADEMÁS PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 3 MESES PRESENTA PIROSIS, SIENTE COMO “SI SE LE REGRESA LA COMIDA”. TOLERA VIA ORAL ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: PESTICIDAS Y FUNGICIDAS. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HÚMEDAS, OROFARINGE NORMAL, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CSPS VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON MODERADO DOLOR A LA PALPACIÓN A NIVEL DE EPIGASTRIO, RUIDOS HIDROAÉREOS AUMENTADOS, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. MEDIDAS GENERALES, CONTROL DE SIGNOS VITALES CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, CONSUMO DE AGUA SEGURA, LAVADO DE MANOS. SE RECOMIENDA DIETA BLANDA Y ABUNDANTE REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS. ESCALA DE ALVARADO: 2 PUNTOS (ANOREXIA, VÓMITOS) BAJA PROBABILIDAD, CRITERIOS DE TOKIO: SIGNO DE MURPHY POSITIVO SIN NINGUN OTRO SIGNO APARENTE. PRESCRIPCIÓN: KETOROLACO 60 MG/2ML IV EN EL MOMENTO, PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS PRN, SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL: DAR ½ TAZA DE SUERO CADA 15 MINUTOS Y DESPUÉS DE CADA VÓMITO (NO DISPONIBLE EN STOCK) , MAGALDRATO + SIMETICONA TOMAR 10 CC DESPUES DE CADA COMIDA POR 15 DÍAS. SIGNOS DE ALARMA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 2 COLELITIASIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COLELITIASIS	K808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	15:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	15:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	