

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LARA             | SOLIS            | JUANA MARIA | 26                  | 06  | 1943 | 81 años, 7 meses, 11 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305153783        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SD y SD                      | 099-325-1447 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1305153783      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2025  | 02  | 06  |
| 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 DE 81 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA, AL MOMENTO PACIENTE QUE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE MODERADA INTENSIDAD MAS DISPEPSIAS, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA MAS HIPERTENSION ARTERIAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMINAL: HIGADO ,IDE 11.58 CM MORFODIMENSION CONSERVADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENIA, SIN PRESENCIA DE LESIONES NODULARES NI QUISTICAS EN SU INTERIOR VESICULA: SIN ENGROSAMIENTO DE PARED, CONTENIDO ANECOICO SIN PRESENCIA LITIASICAS EN SU INTERIOR. PILORO: CON PRESENCIA DE LIQUIDO PERIASA INFLAMATORIA. PANCREAS: CABEZA 0.79 CM CUERPO 130 CM, ECOGENISIDAD AUMENTADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENIA SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDADS NI QUISTICAS EN SU INTERIOR. BAZO CONSERVADO 6.16 CM ECOGENISIDAD ADECUADA SIN PRESENCIA DE LESIONES NI NODULOS EN SU INTERIOR. RIÑON DERECHO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 8.93 CM, ECOGENISIDAD EDECUADA PARENQUIMA HOMOGENIA SIN PRESENCIA DE LESIONES NI QUISTES. RIÑON IZQUIERDO: MORFODIMENSION CONSERVADA 9.07 CM, ECOGENISIDAD ADECUADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HETEROGENEA CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA DE CONTENIDOP ANECOICO DE BORDES REGULARES Y NEGATIVIDAD A DOPPLER QUE MIDE 11.3MM X 9.2MM X 11.0MM Y UN VOLUMEN DE 0.60 UBICADO EN ZONA INTRACORTICAL. VEJIGA REPLECIONADA CON VOLUMEN DE 80.74ML, SIN ENGROSAMIENTO DE PARED CONTENIDAD ANECOICO, SIN PRESENCIA DE MALFORMACIONES LITIASIS CAS MIDE 76.5MM C 55.1MM CON PRESENCIA DE DECENSO VESICAL. MARCO COLONICO ABUNDANTE CONTENIDO NEOFECAL EN TRAYECTO INTESITNAL ASAS LEVE DISTENCION. DX: LIPOMATOSIS PANCREATICA. SIGNOS ECOGRAFICOS DE IRRITABILIDAD GASTRICA QUISTE INTRACORTICORENAL SIMPLE UNILATERAL IZQUIERDO BOSNIAK I DECENSO VESICAL CISTOCELE GRADO II METEORIS MO CONSIDERAR COLON IRRITABLE.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA | K589   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                            |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-02-06 | 08:39 | Medicina General | ANA JULIA SORNOZA MENDOZA | 1311651622 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/>ANA JULIA SORNOZA<br/>MENDOZA</div> |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |