

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CEDEÑO	ANGELA MARIA	05	07	1987	37 años, 11 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	1311652810	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA COLORADO y	099-999-9999 /
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	1311652810	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	03
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

S: PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ALERGIAS: NO REFIERE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD , NAUSEAS QUE NO LLEGAN A VOMITO , PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA ABDOMINAL REGISTRADA EN EL PRASS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EXAMEN FISICO: EPIGASTRALGIA A LA PALPACION SUPERFICIAL , METEORISMO INTESTINAL AUMENTADO , RESTO SIN LATERACION. A: PACIENTE CON SIGNOS ECOGRAFICOS DE IRRITABILIDAD GASTRICA. CONSIDERAR GASTRITIS VS REFLUJO GASTROESOFAGICO. PACIENTE CON MICROLITIASIS RENAL UNILATERAL IZQUIERDA, SIN EFECTO OBSTRUCTIVO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REALIZA ECOGRAFIA DE ABDOMEN EN EQUIPO MINDRAY Z60 DE ALTA GAMMA CON TRANSDUCTOR CONVEXO, SE OBSERVA: HIGADO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 11.55CM, ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDAS NI QUISTICAS EN SU INTERIOR. VESICULA: REPLECIONADA, SIN ENGROSAMIENTO DE PARED, CONTENIDO ANECOICO, SIN PRESENCIA DE FORMACIONES LITIASICAS EN SU INTERIOR, CONDUCTOS Y VIAS BILIARES CONSERVADAS. SE MENCIONA VESICULA CON ASPECTO DE GORRO FRIGIO COMO VARIANTE ANATOMICA. PILORO: CON PRESENCIA DE LIQUIDO PERIASA INFLAMATORIO. PANCREAS: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE CABEZA: 0.68CM X CUERPO:0.89CM ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDAS NI QUISTICAS EN SU INTERIOR. BAZO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 8.96CM, ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, SIN PRESENCIA DE LESIONES SOLIDAS NI QUISTICAS EN SU INTERIOR. RINON DERECHO: MORFODIMENSION CONSERVADA MIDE 9.30CM, ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA Y ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, RELACION CORTICOMEDULAR NORMOCONFIGURADA, SIN PRESENCIA DE FORMACIONES LITIASICAS EN SU 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 DE FORMACIONES MICROLITIASICAS EN SU 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 DE FORMACIONES LITIASICAS EN SU INTERIOR. MARCO COLONICO: CON PRESENCIA DE ABUNDANTE CONTENIDO NEUMOFECAL EN TRAYECTO INTESTINAL. ASAS CON LEVE DISTENCION Y PERISTALTISMO CONSERVADO. CONCLUSIONES: 1. SIGNOS ECOGRAFICOS DE IRRITABILIDAD GASTRICA. CONSIDERAR GASTRITIS VS REFLUJO GASTROESOFAGICO. 2. MICROLITIASIS RENAL UNILATERAL IZQUIERDA, SIN EFECTO OBSTRUCTIVO. 3. METEORISMO. CONSIDERAR COLON IRRITABLE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-03	08:50	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-07-03	08:50	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	