

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUENTES	MARIA MONSERRATE	09	04	1988	36 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312495029	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	HOMERO SOLORZANO y	098-930-6569 /
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	1312495029	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		2024	09	05
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 36 AÑOS DE EDAD PRESENTA DOLOR TIPO PESADEZ, ACOMPAÑADO DE FLATULENCIA , AGRIURAS, REFLUJOS, NAUSEAS QUE LLEGAN AL VÓMITO, PUNTO SOLAR POSITIVO, EN ESTOS ÚLTIMOS DÍAS EL CUADRO CLÍNICO HA AUMENTADO EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, HACE 10 DÍAS FUE ATENDIDA POR EMERGENCIA EN ESTA UO. LE APLICARON OMEPRAZOL 40 mg IV STAT, CONTINUA CON LAS MISMAS SINTOMATOLOGIA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMINAL: HÍGADO SE OBSERVA DE LA ECOGENESIDAD POR PRESENTAR ESTEATOSIS HEPATICA MODERADA. RIÑÓN DERECHO BORDES LIBRES Y REGULARES, EN SU INTERIOR SE OBSERVAN IMAGEN HIPERCOGENICA COMPATIBLE CON LITO, REFLEJA SOMBRA ACÚSTICA MIDE 6.23 mm. RIÑÓN IZQUIERDO: BORDES LIBRES Y REGULARES EN SU INTERIOR SE OBSERVA IMÁGENES HIPERCOGÉNICAS COMPATIBLE CON MICROLITIASIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	K219	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-05	10:02	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

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
2024-09-05	10:02	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

