

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	VERA	KATERINE CONCEPCION	07	12	1988	36 años, 8 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313351767	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA SAN JOSE y CDLA SAN JOSE	099-119-2036 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313351767	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	08	15
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 36 AÑOS DE EDAD , APP : NO REFIERE , AQX: SALPINGUECTOMIA (3 CESAREAS) ALERGIAS : NO REFIERE , PACIENTE ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE ECOGRAFIA TOMADA EL 13/08/25 DEBIDO A DOLOR ABDOMINAL EN FLANCO DERECHO DESDE HACE APROX 12 AÑOS , QUE HA AUMENTADO EN INTENSIDAD DURANTE EL ULTIMO MES , ECPGRAFIA REPORTA , METEORISMO INTESTINAL AUMENTADO , ORGANO ABDOMINALES SIN EVIDENCIAS ECOGRAFICAS DE CAMBIOS ADVERSOS ,PACIENTE REFIERE QUE SEGUIA TTO DE OVARIO POLIQUISTICO CON GINECOLOGIA , AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE SE ENCUENTRA AFEBRIL , SIGNOS VITALE ESTABLES , CENTRADO EN SUS 3 ESFERAS , SE ENVIA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DEBIDO A DOLOR CRONICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINITEST EN ORINA: HÍGADO: DE UBICACIÓN Y FORMA NORMAL, TAMAÑO CONSERVADO, PARÊNQUIMA HOMOGÉNEO, SIN PRESENCIA DE INFILTRADO GRASO. NO SE OBSERVA DILATACIÓN DE VÍAS BILIARES INTRA NI EXTRA-HEPÁTICAS AL MOMENTO. LHD MIDE: 11.92 CM. VASCULATURA CONSERVADA AL FLUJO DOPPLER, SE OBSERVA MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS NORMALES. VESÍCULA: INTERIOR ANECOICO, REFUERZO ACÚSTICO POSTERIOR, SIN EVIDENCIA DE LITOS INTERNOS AL MOMENTO, SIN PRESENCIA DE BARRO BILIAR. VÍAS BILIARES SIN OBSTRUCCIÓN NI DILATACIÓN, COLEDOCO LIBRE AL MOMENTO. PARED CON ESPESOR DE: 1.9 MM. BAZO: DE UBICACIÓN, FORMA Y TAMAÑO NORMAL, ECOGENICIDAD CONSERVADA, CAPSULA CONSERVADA Y NORMAL. MIDE: 8.16CM X 2.98 CM. PÁNCREAS: DE UBICACIÓN, FORMA, TAMAÑO CONSERVADO, PARÊNQUIMA HOMOGÉNEO, SIN PRESENCIA DE INFILTRADO GRASO, CONDUCTO PANCREÁTICO DE TRAYECTORIA NORMAL SIN OBSTRUCCIÓN NI DILATACION HASTA EL MOMENTO DEL ESTUDIO. RIÑÓN DERECHO DE UBICACIÓN, FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO, ECO-PATRÓN Y ECOGENICIDAD NORMAL, RELACIÓN PARENQUIMA ADECUADA. NORMOVASCULARIZADO AL EFECTO DOPPLER COLOR. NO DILATACIÓN PIELOCALICIAL. RIÑÓN IZQUIERDO: DE UBICACIÓN, FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO, ECO-PATRÓN Y ECOGENICIDAD NORMAL, RELACIÓN SENO PARENQUIMA ADECUADA. NORMOVASCULARIZADO AL EFECTO DOPPLER COLOR. NO DILATACIÓN PIELOCALICIAL. RIÑÓN DERECHO: 9.55x4.23cm PARENQUIMA: 1.47cm RIÑÓN IZQUIERDO: 9.29x4.99cm PARENQUIMA: 1.65cm OBSERVACIONES: NO SE OBSERVA LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL AL MOMENTO DEL ESTUDIO. MARCO COLÓNICO CON ABUNDANTE PRESENCIA DE GASES Y SEMISOLIDAS, PERISTALTISMO DISMINUIDO. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS: * METEORISMO INTESTINAL AUMENTADO * ÓRGANOS ABDOMINALES SIN EVIDENCIA ECOGRÁFICA DE CAMBIOS ADVERSOS (ESTUDIO ECOGRÁFICO NORMAL). * CORRELACIONAR CON CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	15:16	Medicina Rural	NORMA CECILIA VILLACRESES DUEÑAS	957813272	

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
2025-08-15	15:16	Medicina Rural	NORMA CECILIA VILLACRESES DUEÑAS	957813272	