



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                                          |                              |           |                                                         |  |      |                   |      |                         |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|------------------------------------------|------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|--|------|-------------------|------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |                              | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                        |  |      | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |
| MSP                                                         |  | 001414           | Hospital General Napoleon Davila Cordova |                              | HG        | 1308607298                                              |  |      |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Moreira                                                     |  | Menendez         |                                          | Legna                        |           | Marice                                                  |  | M    | 06-02-1976        | 49   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                          |                              |           |                                                         |  |      |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                                              |  |      |                   |      |                         |
| 0991581465                                                  |  |                  |                                          | X                            |           |                                                         |  |      |                   |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |      |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                          | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |      |                   |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                                          | PARROQUIA                    |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  | X    |                   |      |                         |
| 13                                                          |  | 1303             |                                          | 130354                       |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |      |                   |      |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                          |  |                  |  |                   |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD      |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Gastroenterología |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS - SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES - QUE ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO Náuseas con Vómitos - Epigastalgia - PIROSIS y REFLUJO MATUTINO. PRESENTA ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO PREVIO PARA GASTRITIS SIN MEJORÍA CLÍNICA. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL- CONSIENTE Y ORIENTADA. SIGNOS VITALES ESTABLES : TENSIÓN ARTERIAL 120/80 MMHG- FRECUENCIA CARDÍACA 78 LPM- FRECUENCIA RESPIRATORIA 18 RPM- TEMPERATURA 36.8 °C. CABEZA Y CUELLO SIN HALLAZGOS ANORMALES - TIROIDES NORMAL- SIN ADENOPATÍAS . TÓRAX SIMÉTRICO CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE Y SIN RUIDOS ADVENTICIOS . CARDIOVASCULAR RÍTMICO SIN SOPLOS NI ALTERACIONES . ABDOMEN BLANDO- DEPRESIBLE- DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO- SIN MASA NI MEGALIAS - RUIDOS INTES TINALES PRESENTES Y NORMALES . EXTREMIDADES SIN EDEMA NI DEFORMIDADES - PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS . SIN TEMA NEUROLÓGICO SIN ALTERACIONES . DEBIDO A LA PRESENTENCIA DE LOS SÍNTOMAS Y FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO- SE DECIDE DERIVAR A HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL PARA EVALUACIÓN Y MANEJO ESPECIALIZADO. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| AL MOMENTO NO CUENTA CON EXÁMENES PREVIOS.                        |

| E. DIAGNÓSTICO |                           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Gastritis No Especificada |                                    | K297 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                           |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                           |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-09                            | 09:42           | Christian     |  | Ortega          | Maldona          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1725181729                            |                 |               |  |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |  |    |    |                        |  |  |  |    |    |
|---------------------------------------------|--|--|--|----|----|------------------------|--|--|--|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI | NO |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                                |           |                          |           |                                  |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          | //                 |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|-------------------------------|
|                               |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |
|----------------------------------------------------------|
|                                                          |

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     |     | 6. |     |     |     |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |