



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	Ricaurte		CS	1308139763									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Giler		Mendoza		Yenny		Yofersina		M	24-04-1971	54	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO							
0987460426				X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.									
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA <td colspan="2">3. Falta de equipamiento.</td> <td colspan="2">8. Inadecuada capacidad resolutive</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">X</td> <td colspan="2"></td>		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				X			
13		1303		130356		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
						5. Problemas de infraestructura.									

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 54 AÑOS DE EDAD- SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE DIABÉTICA- HERMANO FALLECIDO POR CÁNCER GÁSTRICO. ACUDE A CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN- REFERIDO COMO MOLESTIA EPIGÁSTRICA DE TIPO URGENTE- TIPO ARDOR- QUE SE EXACERBA POSTPRANDIALMENTE- ESPECIALMENTE CON ALIMENTOS IRRITANTES O GRASOS. LA PACIENTE REFIERE SENSACIÓN FRECUENTE DE INDIGESTIÓN Y QUE "CADA COMIDA LE CAE MAL". REFIERE ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI CONFIRMADA POR PRUEBAS DE LABORATORIO HACE VARIOS MESES- PARA LO CUAL RECIBIÓ TRATAMIENTO ERRADICADOR COMPLETO. NIEGA FIEBRE- VÓMITOS O CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO- RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO- SIN SIGNOS DE PERITONISMO. SE REALIZA INTERCONSULTA A GASTROENTEROLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ASI COMO TAMBIÉN DADO EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER GÁSTRICO. SE INDICA MANEJO SINTOMÁTICO TEMPORAL Y SE ENTREGA SIGNOS DE ALARMA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD- SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE DIABÉTICA- HERMANO FALLECIDO POR CÁNCER GÁSTRICO. ACUDE A CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN- REFERIDO COMO MOLESTIA EPIGÁSTRICA DE TIPO URGENTE- TIPO ARDOR- QUE SE EXACERBA POSTPRANDIALMENTE- ESPECIALMENTE CON ALIMENTOS IRRITANTES O GRASOS. LA PACIENTE REFIERE SENSACIÓN FRECUENTE DE INDIGESTIÓN Y QUE "CADA COMIDA LE CAE MAL". REFIERE ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI CONFIRMADA POR PRUEBAS DE LABORATORIO HACE VARIOS MESES- PARA LO CUAL RECIBIÓ TRATAMIENTO ERRADICADOR COMPLETO. NIEGA FIEBRE- VÓMITOS O CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO- RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO- SIN SIGNOS DE PERITONISMO. SE REALIZA INTERCONSULTA A GASTROENTEROLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ASI COMO TAMBIÉN DADO EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER GÁSTRICO. SE INDICA MANEJO SINTOMÁTICO TEMPORAL Y SE ENTREGA SIGNOS DE ALARMA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Dispepsia		K30X	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-31	01:12	Estefania		Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311538662					

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
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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	