



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	Chibunga	CS-A	1301553770							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Menendez	Moreira	Zoila	Esperanza	M	27-06-1949	76	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0992069241		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130354	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	Gastroenterologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 76 AÑOS DE EDAD- QUIEN SE PRESENTA EN CONSULTA ACOMPAÑADA POR FAMILIARES. REFIERE ANTECEDENTES DE GASTRITIS CRÓNICA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN- LA CUAL HA SIDO TRATADA EN DIVERSAS OCASIONES CON TERAPIAS FARMACOLÓGICAS- QUE HAN LOGRADO CONTROLAR LAS MOLESTIAS DE MANERA TRANSITORIA. SIN EMBARGO- LAS SINTOMATOLOGÍAS RECURRENTES- TALES COMO DOLOR EPIGÁSTRICO- SENSACIÓN DE PLENITUD- Y ACIDEZ ESTOMACAL- HAN VUELTO A PRESENTARSE CON EL TIEMPO- LO QUE SUGIERE UN CURSO CRÓNICO Y RECURRENTE DE LA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE- LA PACIENTE REFIERE ANTECEDENTES DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO- DE LARGA DATA- CARACTERIZADO POR EVACUACIONES INFRECUENTES Y DIFICULTADES PARA LA ELIMINACIÓN DE HECEs- LO QUE CONTRIBUYE A UN MALESTAR GENERAL Y DISMINUYE SU CALIDAD DE VIDA. A PESAR DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CONSERVADORAS- COMO EL AUMENTO DE LA INGESTA DE FIBRA Y LÍQUIDOS- NO HA OBTENIDO UN ALIVIO SIGNIFICATIVO. DADA LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS Y LA COMPLEJIDAD DEL CUADRO CLÍNICO- SE DECIDE REALIZAR UNA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA EVALUACIÓN MÁS DETALLADA- CON EL FIN DE DESCARTAR POSIBLES COMPLICACIONES ASOCIADAS- COMO ÚLCERAS GÁSTRICAS- SÍNDROME DE COLON IRRITABLE U OTRAS PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES SUBYACENTES. SE SUGIERE TAMBIÉN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS- COMO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y ANÁLISIS DE HECEs- PARA UN DIAGNÓSTICO MÁS PRECISO Y UN TRATAMIENTO ADECUADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Gastritis Cronica No Especificada	K295	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-19	08:19	Dario	Condoy	Muñoz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1315005585				

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		