



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	Canuto	CS-A	1314897909							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Zambrano	Maria	Magaly	M	08-12-1991	34	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-613-5693			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130352									

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 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR INFECCIÓN RECURRENTE POR HELICOBACTER PYLORI CONFIRMADA EN MÚLTIPLES OCASIONES MEDIANTE PRUEBA EN HECE POSITIVA- HABIENDO RECIBIDO VARIOS ESQUEMAS DE ERRADICACIÓN SIN RESPUESTA DEFINITIVA SEGÚN REFIERE. MANIFIESTA QUE EL DÍA 25 DE FEBRERO DE 2026 PRESENTÓ EPISODIO DE PRESENCIA DE SANGRE EN BOCA- DESCARTANDO ORIGEN DENTAL- REPITIÉNDOSE EL EPISODIO EN EL DÍA DE HOY. ASOCIA DEBILIDAD GENERALIZADA Y MAREOS DE FORMA CONSTANTE- SIN VÓMITO HEMÁTICO FRANCO- SIN MELENA- SIN DOLOR ABDOMINAL INTENSO NI OTROS SIGNOS DE ALARMA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. PACIENTE AFEBRIL- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. POR ANTECEDENTE DE H. PYLORI RECURRENTE- POSIBLE FALLA TERAPÉUTICA Y EPISODIOS SUGESTIVOS DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO- SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA- ESTUDIO ENDOSCÓPICO Y MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS DE MANERA PARTICULAR 13/01/2026 DANDO PYLORI EN HECE POSITIVO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otras Infecciones Intestinales Bacterianas Especificadas	A048	X		4.						
2.					5.						
3.					6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-03	07:58	Hector	Alarcon	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1314410208				

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	