



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	Pichincha		CS-A	1311912503								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Velez		Velez		Maria		Null		M	07-04-1982	44	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0987201420				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		X		
13				1311		131150		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

US AURIO CON APP DE GAS TRITIS CRONICA DE APROX 4 AÑOS DE EVOLUCION EN TTO CON ES OMEPRAZOL 40MG BID MASMAGALDRATO 10ML QD QUE MEJORA PARCIALMENTE LOS INTOMAS HOY EN CONS ULTA REFEIRE DOLOR TIPO URENTE DE MODERADA INTENS IDAD 7/10 CON REGURGITACION DE CONTENIDO ALIMENTARIO... NO TOLERA BEBIDAS CARBONATADAS NI PRODUCTOS LACTEOS ... AL EXAMEN FIS ICO DOLOR A PALPACION S UPERFICIAL A NIVEL DE EPIGAS TRIO RH AUMENTADO... ID: GAS TRITIS CRONICA ULCERATIVA... PLAN: OMEPRAZOL 20 MG TID PROPINOXATO Y LIS INA CLONIXINATO (ALIVOL) BID MAS MAGALDRATO 10ML TID POR 20 DIAS HAS TA TENER VALORACION POR ES PECIALIS TA EN GAS TROENTEROLOGIA Y REALIZACION DE VEDA BAJO CRITERIO DE 2DO NIVEL DE ATENCION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
SOLCIITUD DE VEDA BAJO 2DO NIVEL DE ATENCION									

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
2026-04-07	12:19	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312068727				

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1308872611	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Eloy Alfaro	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS****E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

Ecg: Ritmo Sinusal- Fc 62 Lpm- R-R Regular- Sin Alteraciones Especificas Del Segmento St

Solicito Exámenes De Control
Control Con Resultados
Agendar Por Estadística Siguiente Turno- Agenda Bloqueada
Pd Proramar Holter 24 Horas

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Taquicardia Paroxística No Especificada		I479	X		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	
1311890055				