



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	Mata Palo	CS-A	1312925637						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Velasquez	Muñoz	Jose	Adonis	H	30-05-1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0986079359		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1302	130250	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 CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR REFLUJO GASTRICO- ADEMAS DE EPIGASTRALGIA QUE SE IRRADIA A REGION ANTERIOR DEL TORAX- PRESENTA ADEMAS ABUNDNATES ERUCTOS QUE DISMINUYEN DOLOR TORAXICO- REFIERE QUE A PESAR DEL CONSUMO POR MAS DE UN MES CON OMEPRAZOL Y ANTIFLATULENTOS CONTINUA CON SINTOMAS GASTRICOS. EN ESTUDIOS DE LABORATORIO SE REALIZO EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADO 01/10/2025 PRESENCIA DE HELICOBACTER PILORY EN HECEs. SE REALIZO TRATAMIENTO ERRADICADOR CON AMOXICLINA 1GR VO BID POR 14 DIAS- CALRITROMICINA 500MG VO BID POR 14 DIAS- METRONIDAZOL 500MG VO BID POR 14 DIAS E IBP VO QD POR 30 DIAS CON POBRE RESPUESTA AL MISMO- PACIENTE CONTINUA CON SINTOMAS DISPEPTICOS- EPIGASTRALGIA SE MANTIENE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR REFLUJO GASTRICO- ADEMAS DE EPIGASTRALGIA QUE SE IRRADIA A REGION ANTERIOR DEL TORAX- PRESENTA ADEMAS ABUNDNATES ERUCTOS QUE DISMINUYEN DOLOR TORAXICO- REFIERE QUE A PESAR DEL CONSUMO POR MAS DE UN MES CON OMEPRAZOL Y ANTIFLATULENTOS CONTINUA CON SINTOMAS GASTRICOS. EN ESTUDIOS DE LABORATORIO SE REALIZO EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADO 01/10/2025 PRESENCIA DE HELICOBACTER PILORY EN HECEs. SE REALIZO TRATAMIENTO ERRADICADOR CON AMOXICLINA 1GR VO BID POR 14 DIAS- CALRITROMICINA 500MG VO BID POR 14 DIAS- METRONIDAZOL 500MG VO BID POR 14 DIAS E IBP VO QD POR 30 DIAS CON POBRE RESPUESTA AL MISMO- PACIENTE CONTINUA CON SINTOMAS DISPEPTICOS- EPIGASTRALGIA SE MANTIENE

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
2026-01-05	10:19	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



--	--	--	--	--	--

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		