

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                             | 1350056436                         |                                                         |                                     |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD                                | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Rivas                                 | Macay            | Mary                                | Stefany                          | M                                  | 02-12-2002                                              | 23                                  | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN                         |                                                         |                                     |                         |   |   |   |
| 0996237374                            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <input type="checkbox"/>           |                                                         |                                     |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                                     |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                  | CANTÓN                              | PARROQUIA                        | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                                     |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1303             | 130350                              | 3. Falta de equipamiento.        |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                                     | 4. Equipos en mal estado.        |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                                     | 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 VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA DE GRAN INTENSIDAD- PIROSIS- Y ACIDEZ ESTOMACAL- REFIERE ADEMAS QUE LACTEOS- CEREALES CON GLUTEN Y CAFEINA LE PROVOCAN DIARREAS ACUOSAS- REALIZO TRATAMIENTO CON IBP POR 2 MESES SIN MEJORIA ALGUNA. HELICOBACTER PYLORI NEGATIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA DE GRAN INTENSIDAD- PIROSIS- Y ACIDEZ ESTOMACAL- REFIERE ADEMAS QUE LACTEOS- CEREALES CON GLUTEN Y CAFEINA LE PROVOCAN DIARREAS ACUOSAS- REALIZO TRATAMIENTO CON IBP POR 2 MESES SIN MEJORIA ALGUNA. HELICOBACTER PYLORI NEGATIVO.

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                               | PRE  | DEF                                 |    | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------|-----------------------------------|------|-------------------------------------|----|-----|-----|-----|
| 1.                                 | Gastritis Cronica No Especificada | K295 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                   |      |                                     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                   |      |                                     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-07-13                            | 02:16        | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |