

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	FALCONES	EMERITA EVANGELISTA	08	04	1959	66 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0905753455	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y EUCLIDES ANDRADE	099-388-6494 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0905753455	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	09	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE AL CONTROL DE ECNT (HTA) CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA RETIRO CONTINUO DE MEDICACIÓN, REFIERE QUE MANTIENE DISPEPSIA POST PANDRIAL, PERDIÓ SEGUIMIENTO CON GASTROENTEROLOGIA. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA, ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA ADEMAS PRESENTA ANTECEDENTES DE GASTRITIS CRÓNICA, PRESENTA DOLOR EPIGÁSTRICO TIPO URGENTE, OPRESIVO, QUE AUMENTA CON LA INGESTA DE ALIMENTOS Y MEJORA PARCIALMENTE CON ANTIÁCIDOS; REFIERE SENSACIÓN DE PLENITUD POSTPRANDIAL, ERUCTOS FRECUENTES, PIROSIS Y NÁUSEAS OCASIONALES; SIN VÓMITOS NI HEMATEMESIS; APETITO DISMINUIDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA, PACIENTE YA CONOCIDA EN EL SERVICIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-04	10:08	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA

