

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAREDES	YAGUAL	NARCISA ALEXANDRA	05	10	1970	55 años, 9 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0914120977	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	CAÑALES y	099-704-2492 /
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	0914120977	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	10
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 SEXO FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD. DX: DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE 16 AÑOS DE EVOLUCION, TRATADA CON INSULINA NPH 32 UI AM Y 16 UI PM + INSULINA RÁPIDA 6 UI ANTES DEL DESAYUNO Y 6UI ANTES DEL ALMUERZO. PREGABALINA 150 MG VO QD PARA NEUROPATÍA DE MIEMBROS INFERIORES. EXAMEN DE HELICOBACTER PYLORI POSITIVO REALIZADO EL 28/05/2026 PARA LO CUAL RECIBIÓ TTO CON VOZAMA 20MG C/12H POR 14 DÍAS, METRONIDAZOL 500MG C/8H POR 14 DÍAS, AMOXICILINA 1GR C/12H POR 14 DÍAS, BISMUTOL 15ML CADA 8H POR 14 DÍAS. A PESAR DE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PACIENTE PERSISTENTE CON SINTOMATOLOGIA CARACTERIZADA POR DOLOR TIPO CÓLICO DE MODERADA INTENSIDAD EN EPIGASTRIO DE 9/10 SEGÚN ESCALA EVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HELICOBACTER PYLORI [H.PYLORI] COMO LA CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B980		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

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
2026-07-10	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	