

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PALMA	NATALIA ELIZABETH	13	09	1980	45 años, 9 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0919583617	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ECUADOR y	096-783-2797 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0919583617	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	06	30
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

MUJER DE DE 45 AÑOS, APP: OBESIDAD TIPO II Y GASTRITIS POR INFECCION DE H. PYLORI APQ: CESÁREA + SALPINGOCLASIA APF: PADRE CA COLON CIRROSIS HEPÁTICA, (+) TÍAS (CA UTERO Y MAMA), FUM:5/06/2026. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA, ACOMPAÑADA DE PIROSIS, REFLUJO GASTRICO, NAUSEAS QUE CONLLEVAN VOMITOS DE RESTO DE ALIMENTO, REFIERE TAMBIEN DOLOR FOSA ILIACA IZQUIERDA TIPO COLICO SIENDO DE MANERA CONSTANTE, MAS DEPOSICIONES LIQUIDAS, DOLOR NO CEDE CON ANALGESIA, NI CON HEPATO/PROTECTORES, REFIERE CAUDRO DE GASTRITIS POR INFECCION DE BACTRIA H, PYLORI RECIBIENDO TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN POR VARIAS OCASIONES, HOY REFIERE PERISISTECIA DE PIROSIS Y FLATULENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADO DE H, PYLORI EN MES DE MARZO (POSITIVO)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-06-30	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	