

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	ZAMBRANO	NEIDA TEODORA	02	09	1944	80 años, 1 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	1300670690	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	098-717-9195 /
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	1300670690	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	10	07
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

SE REALIZA ATENCIÓN MÉDICA EN COMUNIDAD EN EL SECTOR CARLOS ALBERTO ARAY A PACIENTE FEMENINO DE 80 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100 MG Y GASTRITIS POR 10 AÑOS SIN TRATAMIENTO. AL RESTO DEL INTERROGATORIO: REFIERE PRESENTAR DOLOR EPIGASTRICO, NAUSEAS, REFLUJO GASTROESOFAGICO POR 10 AÑOS. ADEMÁS REFIERE QUE HACE MESES SE HIZO LA PRUEBA DE HELICOBACTER PYLORI Y LE SALIO NEGATIVA Y REFIERE HABER SIDO TRATADA CON DIGERIL, OMEPRAZOL Y LAS MOLESTIAS AUN HAN PERSISTIDO POR ESTOS 10 AÑOS. SE HACE REFERENCIA PARA EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL INTERROGATORIO: REFIERE NAUSEAS, REFLUJO GASTROESOFAGICO Y DOLOR EPIGASTRICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	12:23	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-10-07	12:23	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	