

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VASQUEZ	CEDENO	MATEO ABELARDO	05	07	1946	78 años, 1 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300678875	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	5 DE MAYO y	099-171-7280 /
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	1300678875	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	08	27
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 DE 78 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR MOLESTIAS GASTRICAS , DISPEPSIA, REFLUJO, RESEQUEDAD BUCAL. SE REALIZO ENDOSCOPIA HACE 1 AÑO EN EL QUE INDICABA PRESENTA GASTRITIS CRÓNICA, MENCIONA QUE SINTOMATOLOGIA REAPARECE DESDE HACE UNOS DIAS, AL EXAMEN FISICO, ABODMEN TIMPANICO. INDICA QUE HA PERDIDO PESO INEXPLICABLEMETNE ESTE ULTIMO MES. SE REALIZA REFERENCIA CON GASTROENTEROLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION GASTROTENTEROLOGIA-. CELULAR: 0991717280

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-27	13:40	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA

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
2024-08-27	13:40	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	