

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	ZAMBRANO	MARIA ELIZABETH	27	10	1958	67 años, 7 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302481401	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS ALMENDROS y	099-767-4111 /
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	1302481401	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 - Brigada Médica externa ONG		2026	06	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 FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR TOS PRODUCTIVA EXCESIVA DE TONALIDAD AMARILLENTA Y RINORREA ABUNDANTE AMARILLENTA, ODINOFAGIA Y PERSISTENCIA DE ESTORNUDOS. DESCONCE ALZA TERMICA, PERO QUE SI HA ESTADO CON RESEQUEDAD DE BOCA Y LENGUA. COMENTA QUE HA ESTADO CON REMEDIOS NATURALES DE CANELA Y LIMON. *** AÑADE PERSISTENCIA DE EPIGASTRALGIA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. AL MOMENTO DIS FONICA, ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

H. PYLORI: NEGATIVA. ** SOH: NEGATIVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL	K293		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	12:25	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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 clínico

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
2026-06-04	12:25	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	