

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	ZOILA DIVINA	12	11	1947	77 años, 0 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302905664	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-900-4645 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1302905664	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	12	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 77 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA: GASTRITIS CRONICA, TABIQUE DESVIADO, HELICOBACER PYLORI ,SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA PARA LLENADO DE FICHA FAMILIAR / DISPENSARIZACIÓN, SE INSPECCIONA ESTADO DE VIVIENDA, SE INTERROGA SOBRE CONDUCTAS, ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA, SANEAMIENTO Y ENTORNO FAMILIAR. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A PATOLOGÍA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: GASTROPATIA ERITEMATOSA DE ANTRO Y CUERPO. GASTROPATIA EROSIVA E ANTRO. DUODENOPATIA SUGESTIVA DE LINFANGIECTASIAS, UNION ESOFAGO GASTRICA HILL TIPO 1.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	10:41	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
2024-12-03	10:41	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	