

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	VERGARA	FLOR DIVINA	29	11	1958	67 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303677858	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y MUJERES LUCHADORAS	096-996-5044 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1303677858	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	12	29
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 FEMENINA DE 42 AÑOS CON HISTORIA DE GASTRITIS CRÓNICA QUE HACE 1 MES PRESENTÓ UN CUADRO DE HEMORRAGIA INTESITAL, CON HEMATEMESIS Y EVACUACIONES CON SANGRE FRESCA, LO CUAL REQUIRIÓ ATENCIÓN URGENTE Y TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO PARA CONTROLAR EL SANGRADO. REFIERE DOLOR EPIGÁSTRICO INTERMITENTE, NAUSEAS Y ACIDEZ GÁSTRICA CRÓNICA, AGUDIZADOS POR ALIMENTOS PICANTES Y ALCOHOL. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA TENDENCIA A LA PALPACIÓN EN LA ZONA EPIGÁSTRICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS COMO ENDOSCOPIA GÁSTRICA REVELO PRESENCIA DE ULCERAS GSATRICAS Y H. PLORI POSITIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS COMO ENDOSCOPIA GÁSTRICA REVELO PRESENCIA DE ULCERAS GSATRICAS Y H. PLORI POSITIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA ATROFICA	K294		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-29	14:10	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

