

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	CHAVARRIA	CARMELINA CLEMENTINA	08	06	1961	64 años, 1 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303766065	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-718-4672 /
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	1303766065	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	08	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 64 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EPIGÁSTRICO URENTE POSTPRANDIAL, SENSACIÓN DE PLENITUD ABDOMINAL, ERUCTOS FRECUENTES, NÁUSEAS INTERMITENTES Y DISMINUCIÓN DEL APETITO, COMPATIBLE CON GASTRITIS CRÓNICA, ASOCIADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS A EPISODIO AGUDO DE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO EN FOSA ILIACA IZQUIERDA, DISTENSIÓN ABDOMINAL, RUIDOS HIPERACTIVOS Y DIARREA LÍQUIDA FRECUENTE SIN SANGRE, LO CUAL SUGIERE COLITIS AGUDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ABDOMEN TENSO, DOLOR A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO Y FLANCO IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	15:36	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 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