

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENENDEZ	AVELLAN	ANA DIVINA AMERICA	25	07	1939	86 años, 1 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304445214	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	EL CARMEN y	000-000-0000 /
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	1304445214	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2025	09	23
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 adulto mayor acude a la consulta por control medico de ECNT Hipertension Arterial, Hipotiroidismo y Ulcera peptica prepilorica , con melena , con reporte de endoscopia digestiva alta de ulcera peptica prepilorica en proceso de cicatrizacion , pangastropatia eritematosa moderada aguda por lo que amerita valoracion respectiva .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULCERA PEPTICA PREPILORICA EN PROCESO DE CICATRIZACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA PEPTICA, DE SITIO NO ESPECIFICADO, AGUDA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	K273		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-23	07:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANA ESTHER ZAMBRANO ASCENCIO	1310725484	

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
2025-09-23	07:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANA ESTHER ZAMBRANO ASCENCIO	1310725484	