

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | BASURTO          | DANNY MARILUZ | 04                  | 02  | 1957 | 68 años, 11 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        | 1304500380        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA | 099-356-5874 /      |
| 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                 | 1304500380                               | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |                   | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                   |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                   | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Gastroenterología | 2026           | 01  | 12  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad      | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD REFIERE DOLOR EPIGÁSTRICO DE EVOLUCIÓN CRÓNICA, TIPO ARDOR, ASOCIADO A SENSACIÓN DE PLENITUD POSTPRANDIAL, NAUSEAS OCASIONALES Y ACIDEZ GÁSTRICA, CON ANTECEDENTES DE SÍNTOMAS RECURRENTES QUE EMPEORAN CON LA INGESTA DE ALIMENTOS IRRITANTES. AL ECOGRAFÍA QUE SE EVIDENCIA ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CAVIDAD ABDOMINAL DISTENCIÓN DE ASAS POR GASES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE IMAGEN Y MEDICINA NUCLEAR - ALTA COMPLEJIDAD: ENDOSCOPIA UNION ESOFAGOGASTRICA HIL TIPO I, SIGNO ENDOSCÓPICOS DE REFLUJO NO EROSIVO, PANGASTROSCOPIA EROSIVA DE ANTRO, POLIPOS DE CUERPO Y FONDO GÁSTRICO +POLIPECTOMIAS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| POLIPO DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO | K317   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-01-12 | 15:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |