

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ACOSTA           | ZAMORA           | JOSELO DEL JESUS | 27                  | 10  | 1962 | 62 años, 9 meses, 23 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304536012        | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | NN y                         | 000-000-0000 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1304536012      | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2025  | 08  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE GASTRITIS CRÓNICA DE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN, SIN TRATAMIENTO ALGUNO. REFIERE EPISODIOS RECURRENTES DE DISPEPSIA, ESPECIALMENTE CON CIERTOS ALIMENTOS IRRITANTES. NO PRESENTA VÓMITOS NI PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA. ACTUALMENTE CONSULTA ADEMÁS POR SÍNTOMAS COMPATIBLES CON HEMORROIDES EXTERNAS, CON DOLOR ANAL OCASIONAL, PRURITO Y EPISODIOS ESPORÁDICOS DE SANGRADO ROJO RUTILANTE POSTEVACUACIÓN. NIEGA FIEBRE O CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. REGIÓN PERIANAL: SIGNOS DE HEMORROIDES EXTERNAS, SIN SIGNOS DE TROMBOSIS AGUDA NI FISURA ANAL VISIBLE. PLAN: CONTINUAR CON DIETA BLANDA, EVITAR IRRITANTES GÁSTRICOS Y ESTREÑIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GASTRITIS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-19 | 08:53 | Medicina Rural | LAURA ANDREA COLOMA DELGADO | 1312308453 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-19 | 08:53 | Medicina Rural | LAURA ANDREA COLOMA DELGADO | 1312308453 |       |

