

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	BRAVO	CELSO ANTONIO	10	05	1966	60 años, 2 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304829516	MANABI	CHONE	CANUTO	SITIO MOCOCHAL y	098-944-9938 /
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	1304829516	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	07	10
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 clínico

PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI DIAGNOSTICADA EN HECES HACE 6 MESES. ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA REFIRIENDO DOLOR EPIGÁSTRICO CRÓNICO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR SENSACIÓN DE ARDOR Y QUEMAZÓN ("ACIDEZ"), DE INTENSIDAD MODERADA, ASOCIADO A DISPEPSIA POSPRANDIAL. ANTE DICHO CUADRO, EL PACIENTE REFIERE QUE SE LE REALIZÓ UNA VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON TOMA DE BIOPSIA EN SOLCA, CUYO REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE MUCOSA GÁSTRICA (CUERPO, ANTRO E INCISURA) CONCLUYE: GASTRITIS CRÓNICA LEVE CON ACTIVIDAD NEUTROFÍLICA LEVE, SIN CAMBIOS ATRÓFICOS, METAPLÁSICOS, DISPLÁSICOS NI NEOPLÁSICOS MALIGNOS, ASOCIADO A COLONIZACIÓN (+) POR BACILOS DE HELICOBACTER PYLORI. PACIENTE MANIFIESTA QUE POR MOTIVOS DE FALTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS EN DICHA INSTITUCIÓN NO HA RECIBIDO ESQUEMA TERAPÉUTICO ERRADICADOR, POR LO QUE SOLICITA LA EMISIÓN DE REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA. NIEGA PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA, NIEGA HEMATEMESIS, NIEGA MELENAS Y NIEGA SÍNTOMAS DE SANGRE EXTRADIGESTIVA. TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	10:38	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA

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
2026-07-10	10:38	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

