

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICHANDA	BRAVO	ALEJANDRINA EUDALIA	17	09	1963	61 años, 4 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305018911	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	VIA PICHINCA y	096-933-7685 /
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	1305018911	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	14
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 EN CON GASTROPATIA ERITEMATOSA, CURSA CON CUADRO CLINICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA DE GRAN INTENSIDAD, CON ESTUDIO HISTOPATOLOGICO: RESULTADO DE BIOPSIA GASTRICA: GASTRITIS ANTRAL Y CORPORAL CRONICA LEVE, NO ACTIVA, NO ATROFICA, NO EROSIVA, CON FOCAL METAPLASIA INTESTINAL, COMPLETA SIN DISPLASIA EN CUERPO, NEGATIVO PARA HELICOBACTER PYLORI. SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO: RESULTADO DE BIOPSIA GASTRICA: GASTRITIS ANTRAL Y CORPORAL CRONICA LEVE, NO ACTIVA, NO ATROFICA, NO EROSIVA, CON FOCAL METAPLASIA INTESTINAL, COMPLETA SIN DISPLASIA EN CUERPO, NEGATIVO PARA HELICOBACTER PYLORI. SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-14	10:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-02-14	10:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	