

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	VERA	FREDY NESTOR	02	02	1966	60 años, 4 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305173716	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SARAMPION y	096-330-4733 /
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	1305173716	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	06	24
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 DE 60 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL MEDICO MAS R3EVISIN DE EXAMENES DE LABORATORIO, AL MOMENTO PACIENTE CON DISPEPSIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: Glucosa 77.3 mg/dL 70 - 110 Urea 30.40 mg/dL 10 - 50 Creatinina 1.02 mg/dL 0.7 - 1.4 Ácido Úrico 2.92 mg/dl 3.4 - 7 Colesterol 261.7 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 173.3 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 29.24 U/L 0 - 38 TGP/ALT 17.37 U/L 0 - 42 PRUEBAS ESPECIALES: Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Negativo Método: Aglutinación Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Método: Inmunocromatografía HIV 4ta Generación No reactivo Método: Inmunoquimioluminiscencia VDRL No reactivo PSA Total Negativo COPROLOGICO: Helicobacter Pylori en Heces Negativo BIOMETRIA HEMATICA: Recuento de Glóbulos Rojos 5.37 10⁶/μL 5 - 6.5 Hemoglobina 15.2 g/dL 14.5 - 18.5 Hematocrito 44.9 % 45 - 55 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 83.7 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.3 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.9 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.9 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 40.8 μm³ Plaquetas 245 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.25 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.3 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 64 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 26.1 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 5.01 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 29.2 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 58.4 % 55 - 65 Monocitos (%) 9.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 1 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.46 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 2.93 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.47 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.1 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10³/μL 0 - 0.2 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): Color Amarillo Aspecto Ligeramente Turbio Densidad 1.020 1.005 - 1.030 pH 6.0 5.0-8.0 Leuco Negativo Negativo Nitritos Negativo Negativo Proteínas Negativo Negativo Glucosa Negativo Normal Cuerpos Cetónicos Negativo Negativo Urobilinógeno Normal /uL Normal 17 Microalbuminuria 0.15 Negativo Bilirrubinas Negativo Negativo Sangre Negativo Ery/uL Normal EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 2 /uL 0-28 Píocitos 0 Hematíes 2 /uL 0-17 Células Epiteliales 0 /uL 0-28 Células Redondas 0 /uL 0-6 Moco 5 /uL 0-28 Bacterias Bacilos 0 /uL 0-7 Bacterias Cocáceas 0 /uL 0-7 Levaduras 0 /uL 0-1 Pseudohifas 0 /uL 0-1 Espermatozoides 0 /uL 0-6 Cristales de Ácido Úrico 0 /uL 0-28 Cristales de Oxalato de Calcio 0 /uL 0-28 Cilindros Hialinos 0 /LPF 0-1 Cilindros Patológicos 0 /Campo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GASTRITIS AGUDAS	K291	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	14:43	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	

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
2026-06-24	14:43	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	