

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZABALA	PITA	ELENA AMPARO	08	10	1965	60 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305432062	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	999-999-9999 /
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	1305432062	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	09
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 FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EPIGÁSTRICO RECURRENTE DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN. REFIERE QUE EL DOLOR ES TIPO ARDOR Y OPRESIVO, DE INTENSIDAD VARIABLE, ASOCIADO A DISTENSIÓN ABDOMINAL, SENSACIÓN DE LLENURA TEMPRANA, EXCESO DE GASES, PIROSIS, ERUCTOS FRECUENTES Y NÁUSEAS CON SENSACIÓN DE VÓMITO, SIN LLEGAR A PRESENTAR EMESIS. MENCIONA QUE LOS SÍNTOMAS SE EXACERBAN DESPUÉS DE LA INGESTA DE ALIMENTOS Y HAN PERSISTIDO A PESAR DE MEDIDAS DIETÉTICAS Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO. PRESENTA PRUEBA PARA HELICOBACTER PYLORI NEGATIVA, SIN MEJORÍA CLÍNICA. DEBIDO A LA PERSISTENCIA Y CRONICIDAD DEL CUADRO, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	R101		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	15:49	Medicina Rural	JAHAIIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-07-09	15:49	Medicina Rural	JAHAIIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

