

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ANDRADE	SANDRA LOYOBREGIDA	17	11	1969	56 años, 0 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305893701	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SN y	099-192-7253 /
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	1305893701	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	12	16
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 FEMENINO DE 55 AÑOS CON APP: MIGRAÑA DESDE HACE 15 AÑOS QUE TRATA CON BUPREX MIGRANS , GASTRITIS POR H. PYLORI HACE 7 AÑOS QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO PERO NO SE REALIZÓ CONTROL; APF: PADRES CON HTA, ABUELO PATERNO MUERTO POR DM2; AQX: COLECISTECTOMIA, APENDICEPTOMIA Y CESAREA; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA; ALERGIAS: NO REFIERE; AGO: G:3 P:0 C:1 A:2; FUM: NO APLICA. ACUDE A LA CONSULTA PARA REVISIÓN DE EXAMENES SOLICITADOS PARA DESCARTAR H. PYLORI. PACIENTE REFIERE SENTIR LEVE PIROSIS Y DOLOR EN MARCO COLÓNICO. NIEGA CUALQUIER OTRA SINTOMATOLOGÍA. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR POSIBLE ÚLCERA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA DE RESULTADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA GASTRICA, AGUDA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	K253	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-16	09:24	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-12-16	09:24	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

