

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MOREIRA          | VARGAS           | MERCY DYSNEY | 13                  | 08  | 1968 | 56 años, 3 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305970178        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | LAS VEGAS y MARIA PINTO      | 099-053-2165 /       |
| 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                 | 1305970178      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D06 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2024  | 11  | 26  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HTA CRONICA EN TT CON LOSARTAN 50 MG VO QD AM, GASTRITIS CRONICA, NO REFIERE ALERGIAS, APQX: APENDICECTOMIA + HERNIOPLASTIA UMBILICAL, APF: PADRE HTA. PRESENTA CUADRO CLINICO DE 6 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISFAGIA, REGUSRGITACIOIN PIROSIS SEQUEDAD DE GARANTA, SINTOMAS SE PRESENTAN DE MANERA C ONSTANTE Y CON MAYOR FRECUENCIA EN HORAS DE LA NOCHE ( DORMIR ) . RESULTADOS DE LABORATORIO: TGO 16, TGP 12, TSH 3.9561, T3 0.90, T4 3.82. EXUDADO FARINGUEO: NEGATIVO PARA TODOS LOS PATOGENOS. BACILOSCOPIA: NEGATIVO. ECOGRAFIA TIROIDEA: DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO DE VOLUMEN DISMINUIDO. VEDA: 10/04/2023 ANTRITIS ERITEMATOSA, LESIONES UMBILICALES HIPERPLASICAS EN PLIEGUES CON EROSIONES CENTRALES. RESTO DE ESTUDIO NORMAL. EXAMEN FISICO: CARTILADO CRICOIDES NORMAL, SE PALPA PROUBERANCIA DE NODULO DERECHO. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VEDA: ANTRITIS EITEMATOSA- LESIONES UMBILICADAS HIPOERPLASICAS EN PLIEGUES CON EROSION CENTRALES. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-26 | 11:15 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-26 | 11:15 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

