

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres               | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | MOREIRA          | ELIZABETH DEL SOCORRO | 09                  | 09  | 1967 | 57 años, 2 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                       | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306133073        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHONE y                      | 099-712-9450 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1306133073      | 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 | 2024  | 11  | 12  |
| 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

PACIENTE DE 57 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR ARDOR ESTOMACAL, REFLUJO, AL EXAMEN FISICO: DOLOR EN EPIGASTRIO. SE REALIZA REFERENCIA CON GASTROENTEROLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFERENCIA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------|--------|-----|-----|
| OTRAS GASTRITIS | K296   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-11-12 | 15:23 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-11-12 | 15:23 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |