

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	PATRICIA MONSERRATE	30	07	1969	55 años, 7 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306242015	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA EL ROSARIO y POTRERILLO	099-230-3826 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306242015	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2025	03	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 QUE DESDE HACE DOS AÑOS PRESENTA GASTRITIS CRÓNICA CON MÚLTIPLES TRATAMIENTOS AMBULATORIOS MAS APP DE HIPOTIROIDISMO; ACTUALMENTE PRESENTA CONTRAREFERENCIA DE HOSPITAL CIVIL DE CHONE DONDE SE REALIZARON ESTUDIOS, ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE REPORTA ENGROSAMIENTO DE PAREDES GÁSTRICAS, SE INDICO TRATAMIENTO AMBULATORIO CON INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES Y SE SOLICITO COORDINAR AGENDA PARA CONSULTA EXTERNA CON SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA PARA AMPLIAR SU PROTOCOLO TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO.,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LEUCOCITOS 7080, NEUTROFILOS 77, HB 13, HTO 39.7, PLAQUETAS 216000, GLUCOSA 108, UREA 40, CREATINA 0.59, TGO 24 TGP 14, SODIO 140 POTASIO 3.63 CALCI 1.09 CLORO 107 MEQ

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	15:21	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	



Firmado electrónicamente por:
JUAN PABLO MACIAS
FERNANDEZ

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
2025-03-24	15:21	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	