

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | VERDUGA          | JAVIER DEMETRIO | 16                  | 11  | 1980 | 45 años, 8 meses, 12 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306257989        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SAN FELIPE y                 | 099-394-8373 /       |
| 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                 | 1306257989      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 07  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ADEMÁS DE DIAGNÓSTICO PREVIO DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI. REFIERE ALERGIA AL DICLOFENACO. ACUDE A CONSULTA DE CONTROL PORTANDO RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO, ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, LOS CUALES SE ENCUENTRAN REPORTADOS EN EL SISTEMA . MANIFIESTA CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE DOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISTENSIÓN ABDOMINAL Y FLATULENCIAS PERSISTENTES, SIN REFERIR FIEBRE, VÓMITOS, HEMATEMESIS, MELENA. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0988875252. ULTRASONIDO: ENDOSCOPIA 18/07/2026: UNION ESOFAGO GASTRICO HILL TIPO 1 , SIGNOS ENDOSCOPICOS DE REFLUJO EROSIVO , PANGASTROPATIA ERITEMATOSA , GASTROPATIA EROSIVA DE ANTRO , GASTROPATIA PETEQUIAL DE CUERPO Y FONDO , DUODENOPATIA SUGESTIVA DE LINFANGIECTASIAS , DUODENOPATIA ERITEMATOSA.

## 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-28 | 11:36 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

## 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 clínico

### 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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-28 | 11:36 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

