

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	MARCOS JOSE	11	01	1969	56 años, 11 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306259993	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS JUBILADOS y	099-977-3488 /
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	1306259993	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	12	22
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 DE 53 AÑOS DE EDAD, APP: GASTRITIS CRÓNICA + HERNIA HIATAL. ESOFAGO DE BARRET? APF: CÁNCER DE ESTOMAGO PRESENTA CUADRO CLINICO EPIGASTRALGIA MODERADA - PIROSIS - REFLUJO GASTRITICO, DOLOR ABDOMINAL EN LOS ULTIMOS MESES HA PRESENTADO MAYOR SINTOMATOLOGIA CON POCA RESPUESTA A LOS IBP. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO SE SOLICITA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON BIOPSIAS GASTRICAS. RIESGO CARDIOLOGICO 1/4 - LABORATORIO: GB: 5980 - HT: 44 - HB. 14 - PLQ. 289 - TP. 12 - TPT: 27 - CT. 239 - TG. 350 - TGO. 30 - TGP. 38 - SOMF: NEGATIVO CITA SUBSECUENTE CON RESULTADOS DE ESTUDIO SOLICITADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESOFAGO DE BARRETT	K227		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-22	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-12-22	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	