

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SACON	VELIZ	CLARA AZUCENA	19	05	1952	73 años, 8 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306526623	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA SAN ANTONIO y CDLA SAN ANTONIO	000-000-0000 /
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	1306526623	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	02	12
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 73 AÑOS ACUDE A CONTROL MEDICO, REFIERE ANTECEDENTE DE ULCERA GASTRICA PERFORADA HACE 3 MESES, REFIERE QUE ACUDIO POR LA EMERGENCIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE, DONDE PERMANECIO HOSPITALIZADA POR 8 DIAS, REFIERE QUE EL DOCTOR ENVIO TRATAMIENTO PARA HELICOBACTER PILORY POR 15 DIAS, ADEMAS ENVIO EXAMENES DE CONTROL POSTERIOR A TRATAMIENTO QUE FUERON REALIZADOS EN CHONE, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA EN CHONE. PACIENTE REFIERE QUE MEDICO QUE LLEVABA EL CONTROL ES EL DR. EDDY MACIAS, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA CONTINUAR CONTROLES CON EL. PACIENTE NO REFIERE MOLESTIAS, SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, BUENAS CONDICIONES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA GASTRICA, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	K259		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	11:58	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2026-02-12	11:58	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	