

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	MENDIETA	RAMONA DEL CARMEN	12	11	1966	59 años, 4 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306640143	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NN y NN	099-990-9524 /
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	1306640143	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		2026	03	12
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

PACIENTES FEMENINA DE 58 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO EN UO DE MAYOR COMPLEJIDAD RESOLUTIVA YA QUE REFIERE APP: METAPLASIA DE COLOR Y ESTOMAGO ACUDE A CONSULTA PARA INDICA CUADRO CLINICO DE ALGUNAS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ARDOR AL REALIZAR LAS DEPOSICIONES. REFIERE TAMBIEN ANTECEDENTES DE POLIPOS A NIVEL DEL COLON RECTO ADEMAS Y HEMORROIDES EN SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: Biopsias endoscópicas gástricas de Android a1 a2 y cuerpo c1 C2 gastritis nodular crónica leve no activa con atrofia leve y metaplasia intestinal completa en AnTRO 1 15% y en cuerpo c1-5, gastritis crónica leve no activa sin atrofia ni metaplasia intestinal en el antro a2 y cuerpo C2. H pilori negativo tinción de giems

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO DEL COLON	K635		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-12	13:15	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-12	13:15	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

