

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELEZ	RAUL EDUARDO	22	11	1970	54 años, 2 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306971548	MANABI	CHONE	RICAUARTE	LA ESMERALDA y	098-807-1296 /
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	1306971548	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	11
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 54 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA. TOMA LOSARTAN 100MG, ACUDE CON EXAMEN DE LABORATORIO POSITIVO DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES, COMENTA QUE HACE 6 MESES FUE TRATADO EN ESTE CENTRO DE SALUD CON AMOXICILINA + OMEPRAZOL, CLARITROMICINA + METRONIDAZOL, LUEGO DEL TRATAMIENTO SE REALIZA DE NUEVO OTRO LABORATORIO EL CUAL SIGO POSITIVO, LUEGO FUE TRATADO POR MEDICO PARTICULAR CON LEVOFLOXACINO+ ESOMEPRAZOL+ AMOXICILINA, LUEGO SE REALIZA OTRO ESTUDIO EL CUAL SIGUE POSITIVO, ACTUALMENTE CON DEPOSICIONES DIARREICAS DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION EN NUMERO DE 4 AL DIA, BRISTOL 7 LAS CUALES NO CEDEN. PACIENTE QUE PERSISTE CON EXAMENES DE HELICOBACTER POSITIVO CON FRACASO DE TRATAMIENTO EN MAS DE DOS OCASIONES Y QUE PERSISTE CON SINTOMAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HELICOBACTER PYLORI [H.PYLORI] COMO LA CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B980		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	08:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-02-11	08:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

