

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CONFORME         | POSIGUA          | OLFA JUSTINA | 01                  | 12  | 1971 | 53 años, 4 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                               | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|-----------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307243343        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | CALLE 12 DE OCTUBE y CALLE 12 DE OCTUBE | 098-287-8185 / (05)-268-5761 |
| 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                 | 1307243343                               | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |                   | 13D06 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                   |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                   | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Gastroenterología | 2025           | 04  | 29  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad      | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APP: GASTRITIS CRONICA SIN TRATAMIENTO ALGUNO, LITIASIS RENAL, GLAUCOMA DE ANDULO ABIERTO DE AMBOS OJOS, COLON IRRITABLE, HEMMOROIDES, NODULO TIROIDEO EN TRATAMIENTO CON EUTIROX 12,5 MG. PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN REGION DE HIPOGASTRIO DESDE HACE MAS O MENOS 15 AÑOS DE EVOLUCION, PACIENTE PRESENTA SINTOMAS ACOMPAÑANTES CON DISTENSION ABDOMINAL, PRESENCIA DE GASES, NAUSEAS QUE NO LLEGANAL VOMITO, PIROSIS Y REGURGITACION., SINTOMAS SE HACEN MAS PRONUNCIADOS CON EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS ( LEGUMBRES, LACTOSA, FRUTURAS, CONDIMENTOS). PACIENTE REFIERE PERDIDA DE PESO EN DESDE HACE TRES AÑOS, SIN CONTROLES ACTUALES POR GASTROENTEROLOGO SIN CONTROLES CON ENDOSCOPIA. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                         |
|-------------------------|
| ESTUDIOS NO ACTUALIZADA |
|-------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-04-29 | 12:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-04-29 | 12:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

