

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MEZA	YDELIA YANETH	08	11	1972	52 años, 4 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307885283	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SN y SN	098-824-7917 / (99)-999-9999
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	1307885283	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	04	03
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 52 AÑOS DE EDAD AP LUPUS ERITAMATOSO SISTEMICO, ARTRITIS REUMATOIDE, ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR DISPEPSIA, NAUSEA, VOMITO QUE NO CEDEN, SACIARSE CON FACILIDAD, DIARREAS A REPETICION, DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION, TRAE PRUEBA DE HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO NEGATIVA, COMENTA TOMAR OMEPRAZOL PERO EL DOLOR SOLO BAJA EN INTENSIDAD PERO NO ES ELIMINADO, SE COMIENZA TRAMITE PARA REFERENCIA CON ESPECIALISTA GASTROENTEROLOGO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO: NEGATIVO PCR: 4 FR LATEX: 6 ASTO 250 TGO: 45. TGP 65 UREA: 32 CREATININA0.62

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	10:05	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-04-03	10:05	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	