

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	LUGO	DOLLY DEL CARMEN	28	02	1971	54 años, 6 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	1308138039	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE WUASINTONG y JAMBELY	098-768-6694 /
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	1308138039	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2025	09	23
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

USUARIA QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, REFIERE QUE DESDE HACE VARIOS MESES PRESENTA EPIGASTRALGIA DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD QUE SE EXACERBA SIN CAUSA APARENTE, MEJORA CON MEDICACIÓN (ANTIACIDO - INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTRONES) SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS Y SEGUN MENCIONA HA PERDIDO PESO (+ - 4 KG) HA REALIZADO ATENCIONES MÉDICAS CON MEJORIA RELATIVA SIN EMBARGO PERSISTE SINTOMATOLOGÍA - SE REQUIERE DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-23	11:51	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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
2025-09-23	11:51	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	