

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	MENDOZA	YENNY YOFERSINA	24	04	1971	54 años, 3 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308139763	MANABI	CHONE	RICAURTE	BRASIL y	/ (00)-000-0000
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	1308139763	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	31
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 FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE DIABÉTICA, HERMANO FALLECIDO POR CÁNCER GÁSTRICO. ACUDE A CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN, REFERIDO COMO MOLESTIA EPIGÁSTRICA DE TIPO URGENTE, TIPO ARDOR, QUE SE EXACERBA POSTPRANDIALMENTE, ESPECIALMENTE CON ALIMENTOS IRRITANTES O GRASOS. LA PACIENTE REFIERE SENSACIÓN FRECUENTE DE INDIGESTIÓN Y QUE "CADA COMIDA LE CAE MAL". REFIERE ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI CONFIRMADA POR PRUEBAS DE LABORATORIO HACE VARIOS MESES, PARA LO CUAL RECIBIÓ TRATAMIENTO ERRADICADOR COMPLETO. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS O CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. AL EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE PERITONISMO. SE REALIZA INTERCONSULTA A GASTROENTEROLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ASI COMO TAMBIÉN DADO EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER GÁSTRICO. SE INDICA MANEJO SINTOMÁTICO TEMPORAL Y SE ENTREGA SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	12:37	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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 clínico

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
2025-07-31	12:37	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

