

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	BRIONES	ROSARIO MARIBEL	30	05	1973	53 años, 1 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308627536	MANABI	JUNIN	JUNIN	MOCORITA y MOCORITA	097-967-0621 /
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	1308627536	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	17
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 52 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL MEDICO POR DIAGNOSTICO DE H. PILORY POSITIVO EL MES DE FEBRERO Y REFIERE QUE EL TRATAMIENTO CULMINO EN EL MES DE MARZO. POR RENUENCIA DE CUADRO CLINICO SE LE INDICA UN COPROLOGICO DONDE SE EVIDENCIA PRESENCIA DE QUISTE DE GIARDIA AMEBA HYSTOLYTICA SE INDICA TRATAMIENTO MEDICO CON ANTIPARASITARIOS SIN EMBARGO LOS SIGNOS CLINICOS SE MANTIENEN LATENTES. SE REPITE TEST DE HELICOBACTER PILORY EN SANGRE CON RESULTADO POSITIVO. ANTE LA RENUENCIA DEL CASO CLINICO SE DECIDE REFERIR A GASTROENTEROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TEST DE HELICOBACTER PILORY EN SANGRE CON RESULTADO POSITIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL INTESTINO, NO ESPECIFICADA		K639		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	12:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-07-17	12:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	