

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ANDRADE	GISSELLA MARIA	17	08	1977	48 años, 8 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	1309089769	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS NARANJOS 1 y	099-674-0926 /
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	1309089769	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	05	13
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 FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DE ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE: DIABETES MELLITUS GNEO DE 500/50 MG E HIPERTENSION ARTERIAL LOSARTAN DE 100 MG AM + AMLODIPINO 5 MG PM. ADEMAS REFIERE ANTECEDENTE PREVIO DE ULCERAS GASTRICA HACE 6 AÑOS, REFIERE DOLOR EN EPIGASTRIO + SENSACION DE PLENITUD, ACOMPAÑADO DE PIROSIS, ADEMAS, REFIERE CEFALEA DE TIPO OPRESIVA, DE INTENSIDAD MODERADA. NIEGA ALERGIAS, NO REFIERE SINTOMAS RESPIRATORIOS, NI URINARIOS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ALT (SGPT): 122 U/L AST (SGOT): 123.20 U/L
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	14:25	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Validar únicamente en FirmaSP. Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO

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
2026-05-13	14:25	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	