

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	HEREDIA	ANGEL DIDANY	05	12	1976	48 años, 9 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309720876	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA CARLOS ALBERTO ARAY y LOS SAUCES	096-346-5949 /
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	1309720876	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	09	30
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

MASCULINO DE 48 AÑOS QUE PRESENTA UN CUADRO CLÍNICO DE GASTRITIS CRÓNICA DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, REFIRIENDO DOLOR EPIGÁSTRICO INTERMITENTE, DE CARÁCTER ARDOROSO, QUE SE AGRAVA POSTPRANDIALMENTE Y MEJORA CON ANTIÁCIDOS. MANIFIESTA NAUSEAS FRECUENTES Y SENSACIÓN DE LLENURA, ASÍ COMO ERUCTOS Y REGURGITACIONES. NO SE REPORTAN VÓMITOS, HEMATEMESIS NI PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA. PACIENTE HA PASADO POR VARIOS CENTROS DE SALUD CON TRATAMIENTO AMBULATORIOS PARA GASTRITIS SIN MEJORIA ALGUNA. PACIENTE PRESENTA MASA A NIVEL DE EPIGASTRIO QUE AUMENTA Y DISMINUYE DE TAMAÑO. ADEMAS ESTA PRESENTA DOLOR CUANDO REALIZA FUERZA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	15:30	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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