

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERA	RAMON AGUSTIN	28	08	1981	43 años, 6 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309832366	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	000-000-0000 /
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	1309832366	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	03	06
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 CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR SINTOMAS DISPEPTICOS , CON MEJORIA MOMENTANEA A LA ADMINISTRACION DE ANTIFLATULENTOS MAS IBP. PACIENTE ACUDE REFIRIENDO DOLOR INTENSO EN ESTOMAGO, QUE SE PRESENTA CADA DOS DIAS A PESAR DE TRATAMIENTO CONTINUO CON IBP. SE REALIZO ESTUDIOS DE LAB CON RESULTADO SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO, HELICOBACTER PILORY IGA: 3.62, IGM: 8.77, IGG: 3.24 (NORMALES)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: SANGRE OCULTA EN HECES: NEGATIVO HELICOBACTER PILORY IGA: 3.62 IGM: 8.77 IGG:M 3.24

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-06	15:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-03-06	15:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

