

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORMAZA	BRAVO	EULALIA MARIBEL	23	03	1982	43 años, 10 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310337751	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SALINAS y	097-970-6775 /
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	1310337751	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	02	02
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

MUJER DE 43 AÑOS DE EDAD CON APP GASTROPATIA INFLAMATORIA SEVERA. EN CONTROLES ANTERIORES EN HEP, POR GASTROENTEROLOGIA, MENCIONA QUE LOS CUADRO GASTRICO SE HAN EXACERBADO EN ULTIMOS 3 MESES REFIERE SINTOMAS COMO PIROSIS, DISPEPSIA, REFLUJOS GASTRICOS CON LEVE MEJORA CON USO DE PROTECTOR GASTRICOS HOY CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA GASTRICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOPSIAS ENDOSCOPICAS GASTRICAS DE ANTRO, INCISURA Y CUERPO DEL 16/01/2025 QUE EVIDENCIAN: GASTRITIS NODULAR CRONICA DE MODERADA A SEVERA NO ACTIVA CON ATROFIA LEVE Y METAPLASIA INTES TINAL COMPLETA (20%) EN ANTRO E INCISURA, GASTRITIS CRONICA MODERADA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	08:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-02-02	08:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	