

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GUILLEM          | MERA             | JULIA HOLANDA | 01                  | 11  | 1998 | 27 años, 8 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310468119        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | AV MANABI y                  | 000-000-0000 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1310468119      | AGUA FRIA                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología | 2026  | 07  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE GASTRITIS DE LARGA EVOLUCIÓN, MIGRAÑA E HIPOACUSIA, QUIEN HA RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO CON MEJORÍA PARCIAL Y TRANSITORIA; ACTUALMENTE PRESENTA RECURRENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA CARACTERIZADA POR DOLOR LOCALIZADO EN EPIGASTRIO DE INTENSIDAD 8/10 SEGÚN LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA, PERSISTENTE Y SIN ADECUADA RESPUESTA AL MANEJO INSTAURADO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES Y CONSERVADOS, SIN VISCEROMEGALIAS PALPABLES. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CRÓNICA DEL CUADRO Y LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS, SE REALIZA REFERENCIA AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES ESTABLES

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 12:21 | Medicina Rural | GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA | 1312706136 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 12:21 | Medicina Rural | GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA | 1312706136 |       |