

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CARREÑO	CELINDA AUXILIADORA	03	11	1982	43 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311452179	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	QUIROGA y MORALES	093-964-7447 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSP	1311452179	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES		HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	07	10
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 clinico

EDAD: 43 AÑOS. ALERGIAS: RINITIS / PIEL / OJOS. APP: GASTRITIS ??. APQ: CESAREA N°1. AGO: MENARQUIA 12 AÑOS. CICLOS MENSTRUALES: IRREGULARES 35X8 FLUJO ABUNDANTE. REFEIRE QUE ULTIMOS AÑOS PF: IMPLANTE / INYECCIONES / ACOS (MEJOR) ACTUALMENTE FLUJO ESCASO. DISMENORREA: NO. PAP TEST: HACE 2 AÑOS (NORMAL) GESTA 3 PARTOS 2 CESAREA 1 ABORTO 0. FUM: 21/06/2026. MOTIVO DE CONSULTA: ES VALORADA Y TIENE QUISTES EN CERVIX, REFIERE QUE UTILIZA ANTICONCEPTIVO DURANTE MUCHO TIEMPO, REFIERE QUE HACE 3 MESES SUSPENDE ACO, DEBIDO A OBESIDAD CENTRAL (ANULETTE), REFIERE QUE ACUDE POR DISMINUCION DE MENSTRUACION, QUE EVIDENCIA COMO SUCIEDAD ??, VIDA SEXUAL INACTIVA, NO TIENE LIGADURA. NIEGA MOLESTIAS URINARIAS, REFIERE LEVE MAL OLORES A NIVEL VULVAR, NIEGA COMEZON VULVAR, NO MAMOGRAFIA. PACIENTE REFIERE QUE SE HACE ECOGRAFIA. REFIERE QUE PRESENTA SENSACION DE MASA A NIVEL DE FOSA ILIACA IZQUIERDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GASTRITIS	K296	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	15:07	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	15:07	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	