

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	ORELLANA	ANGELA MARIA	02	08	1986	38 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311482440	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA ARAY y	099-033-5714 /
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	1311482440	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	01	15
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 FEMENINA DE 38 A DE EDAD AP: GASTRITIS CRONICA TRATADA, ACUDE A CITA POR MOTIVO DE DESEO DE REFERENCIA A GAS TROENTEROLOGIA PARA CONTROL POR ESPECIALIDAD POR ANTECEDENTE DE GASTRITIS CRONICA CAUSADA POR H. PYLORI, DIAGNOSITCADA MEDIANTE ENDOS COPIA + BIOPSIA Y TEST UREASA + + + , REALIZADO EL 19/01/2024 , TRATADA MEDIANTE ESPECIALIDAD, DESEA REFERENCIA YA QUE ESPECIALISTA LE INFORMO QUE DEBE RALIZARSE CONTROL ANUAL CON ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: VEDA/BIOPSIA ANTRO Y CUERPO GASTRITIS CRONICA SEVERA CON ATROFIA LEVE Y METAPLASIA INTES TINAL COMPLETA (10 %) EN ANTRO A1 GASTRITIS CRONICA ACTIVA SEVERA SIN ATROFIA NI METAPLASIA INTES TINAL EN ANTRO A2 Y CUERPO HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE REACTIVA EN CUERPO C1 H PYÑORI + + +/+ + +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA ATROFICA	K294		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-15	22:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-15	22:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	