

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	LOOR	GRETIS LEONOR	23	02	1984	41 años, 5 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311794109	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA ESMERALDAS y	099-969-3172 /
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	1311794109	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	24
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 41 AÑOS DE EDAD APP: HELICOBACTER PYLORI , ALERGIAS: NO REFIERE , QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO CARACTERISADO POR EPIGASTRALGIA Y DISPEPSIA DE LARGA DATA ,PACIENTE DIAGNOSTICADA CON HELICOBACTER PYLORI EL 24/06/25 CULMINO TARTAMIENTO EL 07/06/25 (OMEPRAZOL 0MG VO BID POR 14 DIAS, AMOXICILINA 1 GRAMO VO BID POR 14 DIAS, CLARITROMCINA 500MG VO BID POR 14 DIAS, METRONIDAZOL 500MG VO TID POR 14 DIAS) PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR EN EPIGASTRIO ES DE MODERDADA INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE DISPEPSIA , AL EXAMEN FISICO: EPIGASTRALGIA A LA PALPACION SUPERFICIAL . A: PACIENTE CON DISPEPSIA DE LARGA DATA . SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	12:00	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-07-24	12:00	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

