

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VELEZ	MARIA DE LOS ANGELES	07	04	1982	44 años, 0 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311912503	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	AV PRINCIPAL y	098-348-7114 /
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	1311912503	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	04	07
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

USUARIO CON APP DE GASTRITIS CRONICA DE APROX 4 AÑOS DE EVOLUCION EN TTO CON ESOMEPRAZOL 40MG BID MAS MAGALDRATO 10ML QD QUE MEJORA PARCIALMENTE LOS INTOMAS HOY EN CONSULTA REFEIRE DOLOR TIPO URENTE DE MODERADA INTENSIDAD 7/10 CON REGURGITACION DE CONTENIDO ALIMENTARIO... NO TOLERA BEBIDAS CARBONATADAS NI PRODUCTOS LACTEOS... AL EXAMEN FISICO DOLOR A PALPACION SUPERFICIAL A NIVEL DE EPIGASTRIO RH AUMENTADO... ID: GASTRITIS CRONICA ULCERATIVA... PLAN: OMEPRAZOL 20 MG TID PROPINOXATO Y LISINA CLONIXINATO (ALIVOL) BID MAS MAGALDRATO 10ML TID POR 20 DIAS HASTA TENER VALORACION POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA Y REALIZACION DE VEDA BAJO CRITERIO DE 2DO NIVEL DE ATENCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VEDA: BAJO CRITERIO DE 2DO NIVEL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-04-07	12:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

