

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1311948002									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MERO		KUFFO		ANA		JULIA		F	10/05/2000	25	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0939257915-0980198897		MSP	CAÑA DULCE		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI		JUNIN		JUNIN											
					MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios										
					X										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

				GASTROENTEROLOGIA.	
--	--	--	--	--------------------	--

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE GASTRITIS CRONICA QUE HA LLEVADO MULTIPLES TRATAMIENTOS QUE MEJORA LIGERAMENTE EL CUADRO PERO VUELVE A PRESENTARSE CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO CON EVA 9/10 EN REGION DE EPIGASTRIO, SE CUIDA MUCHO EN LA ALIMENTACION PERO A PESAR DE ELLO MEJORA Y LUEGO SE PRESENTA NUEVAMENTE EL CUADRO, LO QUE MAS LE PREOCUPADA ES Q HACE UNA SEMANA PRESENTA DOLOR Y VOMITOS CON MUCHA ACIDEZ Q LE OCASIONAN IRRITACION EN ESOFAGO, Y EN LA BOCA. TEST DE HELICOBACTER NEGATIVO, COPROPARASITARIO NEGATIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X	4.			
2.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/10/23	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

G. EVALUACIÓN DEL A REFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

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

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

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

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			