

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZUÑIGA	ZAMBRANO	JANINE VALERIA	04	07	1990	35 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312030024	MANABI	CHONE	CONVENTO	20 DE MARZO y 2 DE AGOSTO	098-340-4816 / (02)-233-0335
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1312030024	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	04	22
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 FEMENINO DE 35 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO URENTE EN EPIGASTRIO, REFIERE NAUSEAS Y MALESTAR GENERAL. AL MOMENTO AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE .EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO C5PS VENTILADO RSCS RITMICOS, ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE POCO DOLOROSO EN EPIGASTRIO, EXTREMIDADEORALS SIMÉTRICAS ,PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON GASTRITIS CRONICA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GASTRITIS AGUDAS	K291		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	14:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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 clínico

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
2026-04-22	14:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	