

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VELASQUEZ        | MUÑOZ            | JOSE ADONIS | 30                  | 05  | 1995 | 30 años, 7 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                           | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|-------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312925637        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | GRANDA CENTENO A LADO DE CARLOS y 0 | 098-607-9359 /      |
| 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                 | 1312925637      | MATA PALO                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2026  | 01  | 05  |
| 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 CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR REFLUJO GASTRICO, ADEMAS DE EPIGASTRALGIA QUE SE IRRADIA A REGION ANTERIOR DEL TORAX, PRESENTA ADEMAS ABUNDANTES ERUCTOS QUE DISMINUYEN DOLOR TORAXICO, REFIERE QUE A PESAR DEL CONSUMO POR MAS DE UN MES DE OMEPRAZOL Y ANTIFLATULENTOS CONTINUA CON SINTOMAS GASTRICOS. EN ESTUDIOS DE LABORATORIO SE REALIZO EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADO 01/10/2025 PRESENCIA DE HELICOBACTER PILORY EN HECES. SE REALIZO TRATAMIENTO ERRADICADOR CON AMOXICILINA 1GR VO BID POR 14 DIAS, CALRITROMICINA 500MG VO BID POR 14 DIAS, METRONIDAZOL 500MG VO BID POR 14 DIAS E IBP VO QD POR 30 DIAS CON POBRE RESPUESTA AL MISMO, PACIENTE CONTINUA CON SINTOMAS DISPEPTICOS, EPIGASTRALGIA SE MANTIENE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-05 | 10:08 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-05 | 10:08 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

