

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	ALCIVAR	MARIA BELEN	10	01	1989	37 años, 5 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313220277	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	097-970-6806 /
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	1313220277	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	07	06
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

MUJER 37 AÑOS CON APP DE GASTRITIS, HIPERTIROIDISMO Y ARTROSIS, EN SEGUIMIENTO HOSPITAL DE CHONE . ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 15 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO DE EVA DE 10/10 TIPO COLICO ACOMPAÑADO, NAUSEAS, PIROSIS, DISTENCION ABDOMINAL. REFIERE USO DE ANTIPASMODICO Y PROTECTOR GASTRICO CON LEVE MEJORIA DE CUADRO, AL EXAMEN FSICO ABDOMEN SUAVE, DOLOROSO A NIVEL DE EPIGASTRIO Y FLANCO DERECHO, DEPRESIBLE, RHA PRESENTES HOY REFIERE PERSISTENCIAI DE SINTOMAS GASTRICOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE DE ECO ABDOMINAL ID MARCO COLONICO ABUNDANTES GASES INTESITNALES H. PYLORI SANGRE NEGATIVO
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-07-06	10:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	