

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1313539882		1313539882																						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
VERA	REZABALA		MARIA		CRISTINA	F	28/11/1999	26	<table><tr><td>H</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	M	A			X														
H	M	A																											
		X																											
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN																								
0981180757/0959761209		MSP		X																									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO																									
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	<table><tr><td></td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td></td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>X</td></tr><tr><td></td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>X</td></tr><tr><td></td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td></td></tr><tr><td></td><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td></td><td></td></tr></table>			1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.			2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.	X		3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutive	X		4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			5. Problemas de infraestructura.						
	1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.																											
	2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.	X																										
	3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutive	X																										
	4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																											
	5. Problemas de infraestructura.																												
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE																											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE RECIENTE DE TRATAMIENTO ERRADICADOR PARA HELICOBACTER PYLORI (OMEPRAZOL + AMOXICILINA + CLARITROMICINA) COMPLETADO ADECUADAMENTE. REFIERE PERSISTENCIA DE EPIGASTRALGIA POSTERIOR A FINALIZAR TRATAMIENTO, SIN MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA. AL MOMENTO SIN SIGNOS DE ALARMA REFERIDOS. PLAN: SE DECIDE REFERENCIA A GASTROENTEROLOGIA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y CONSIDERAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O CONFIRMACIÓN DE ERRADICACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297	X		4.			
2.	DISPEPSIA	K30X	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/05/2026	10:00:00	VALERIA	SALAZAR	MONTESDEOCA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311949299				

G. EVALUACIÓN DE LA 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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

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		FIRMA		SELLO