

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NEVAREZ	ARAUZ	KARLA JAMILETH	08	02	2001	25 años, 5 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313708016	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-233-1476 /
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	1313708016	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	10
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 FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO ARDOR EN EPIGASTRIO, DE INTENSIDAD VARIABLE, QUE SE EXACERBA POSTERIOR A LA INGESTA DE ALIMENTOS IRRITANTES Y EN PERIODOS DE AYUNO PROLONGADO, ASOCIADO A PIROSIS, REGURGITACIÓN ÁCIDA, SENSACIÓN DE PLENITUD POSTPRANDIAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL, ERUCTOS FRECUENTES Y NÁUSEAS OCASIONALES, SIN EPISODIOS DE VÓMITO. REFIERE PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE LAS MEDIDAS DIETÉTICAS Y DEL MANEJO FARMACOLÓGICO INICIAL, CON AFECTACIÓN DE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. NIEGA HEMATEMESIS, MELENA, PÉRDIDA DE PESO NO INTENCIONAL, DISFAGIA O FIEBRE. AL EXAMEN CLÍNICO PRESENTA DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NI DATOS DE ABDOMEN AGUDO. POR LA PERSISTENCIA Y RECURRENCIA DEL CUADRO CLÍNICO, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO. 0939704303

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	11:26	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-10	11:26	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

