

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VACA	VERA	JAVIER ELIAS	11	11	1997	28 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314333384	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y	099-364-5570 /
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	1314333384	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	12	08
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 DE 28 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE DOLOR EPIGÁSTRICO CRÓNICO, NAUSEAS, REGURGITACIÓN ÁCIDA Y DISPEPSIA, CON RESULTADOS POSITIVOS EN EL TEST DE UREA EN ALIENTO Y CULTIVO PARA HELICOBACTER PYLORI, QUE HA DESARROLLADO UN PATRÓN DE DISPEPSIA FUNCIONAL. SE COMPLETA EL DIAGNÓSTICO CON IMÁGENES DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL QUE MUESTRAN PRESENCIA DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (NAFLD), MANIFESTADO POR EVIDENCIA DE AUMENTO DE LA ECHOGENICIDAD EN EL PARÉNQUIMA HEPÁTICO, SIN DATOS DE ESTEATOSIS SEVERA O FIBROSIS. EL PACIENTE REFIERE EPISODIOS DE INCOMODIDAD ABDOMINAL ASOCIADOS A INGESTA DE ALIMENTOS RICOS EN GRASAS Y SÍNTOMAS DE REFLUJO ÁCIDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

seguimiento con especialidad

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HELICOBACTER PYLORI [H.PYLORI] COMO LA CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B980		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	12:17	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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