

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		1411	CS ROCAFUERTE		B	1314549732							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
							H	D	M	A			
RIVERA	ZAMBRANO	DEIVY	PAUL	M	16/11/2003	21					x		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐					
994576436						MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva							
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
				5. Problemas de infraestructura.									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGIA

C. RESUMEN CLINICO
PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD CON APP DE ULCERA PRE PILORICA POR H PYLORI, ACUDE A CONSULTA MEDICA POR PERSISTIR SINTOMAS DE PIROSIS Y DE REFLUJO GASTROESOFAGICO, PACIENTE REFIERE HABER TOMADO DE FORMA CRONICA IBP ADEMAS DE TRATAMEINTO PARA H PYLORI Y SINTOMAS PERSISTEN. ACUDE CON DOCUMENTO DE ENDOSCOPIA REALIZADA HACE 1 AÑO CON TOMA DE MUESTRAS PARA BIOPSIA, SE EVIDENCIA ULCERA PRE PILORICA DE 6MM, EN LA BIOPSIA REPORTA GASTRITIS CRONICA LEVE CON ACTITUD NEUTROFILICA LEVE, HIPERPLAISA FOVEOLAR, NO SE OBSERVAN BORDE NI FONDO DE ULCERA, NO SE OBSERVAN CAMBIOS ATROFICOS, METAPLASICOS NI DISPLASICOS, SE COMENTA LA NECESIDAD DE REFERIR A ESPECIALISTA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS GASTRITIS AGUDAS			K291		X	4.			
2.	ULCERA GASTRICA CRONICA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION			K257		X	5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/10/2025	16:00	BRYAN	CEDEÑO	QUIJIJE
		FIRMA	SELLO	
1316634490				

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	TIPOLOGÍA	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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		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	