

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	1314549732		1314549732																			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																		
RIVERA	ZAMBRANO	DEIVY		PAUL	H	16/11/2003	22	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X										
H	D	M	A																							
			X																							
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO																			
0979969532 / 0994576436		MSP		☒	☐		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☒</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td></tr><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☒</td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutoria.</td><td>☒</td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>		1. Accesibilidad geográfica.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	3. Falta de equipamiento.	☒	4. Equipos en mal estado.	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒	8. Inadecuada capacidad resolutoria.	☒	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
1. Accesibilidad geográfica.	☐																									
2. Falta de espacio físico.	☐																									
3. Falta de equipamiento.	☒																									
4. Equipos en mal estado.	☐																									
5. Problemas de infraestructura.	☐																									
6. Problemas de abastecimiento.	☐																									
7. Insuficiencia de profesionales.	☒																									
8. Inadecuada capacidad resolutoria.	☒																									
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																										
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 NAPOLEÓN DAVILA C	CONSULTA EXTERNA	GASTROENTEROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO QUE ACUDE A CONSULTA POR ANTECEDENTE PERSONAL DE ÚLCERA GÁSTRICA, ACTUALMENTE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO Y SÍNTOMAS DISPÉPTICOS RECURRENTES. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN DATOS DE SANGRADO DIGESTIVO NI SIGNOS DE ALARMA EVIDENTES. POR ANTECEDENTE GASTRODUODENAL Y PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PARA AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS, MANEJO ESPECÍFICO Y SEGUIMIENTO. SE BRINDAN RECOMENDACIONES DIETÉTICAS, EVITAR IRRITANTES GÁSTRICOS, USO DE AINES SIN INDICACIÓN MÉDICA Y SE INDICA CONTROL SEGÚN VALORACIÓN POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

NA.

E. DIAGNOSTICO

PRELIMINAR	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	ÚLCERA GÁSTRICA, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRÓNICA,	K259		X	4.			
2.	SIN HEMORRAGIA NI PERFORACIÓN				5.			
3.	DISPEPSIA FUNCIONAL	K30X		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-31.	12:00:00	JULIO	ZAMBRANO	JIMENEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
.1311627598.				

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRELIMINAR	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	

