

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	ELENA VIVIANA	19	12	1999	26 años, 5 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315122109	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	CERCA DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR WILFRIDO LOOR y	099-663-3040 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1315122109	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	05	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DISPEPSIA FUNCIONAL DESDE LOS 16 AÑOS, PARA LO CUAL HA REALIZADO MULTIPLES TRATAMIENTOS, EN CONSULTAS DE AÑOS ANTERIORES SE EVIDENCIO EN ESTUDIOS PARACLINICOS PRESENCIA DE HELICOBACTER PILORY EN SANGRE Y HECES, POR LO CUAL RECIBIO TRATAMIENTO ERRADICADOR, EN ULTIMO ESTUDIO PARACLINICO RESULTADO DE HELICOBACTER PYLORI FUE NEGATIVO. CURSA AL MOMENTO CON CUADRO CLINICO DE EPIGASTRALGIA DE DE INTENSIDAD VARIABLE, EVA: 8/10, URENTE, QUE SE PRESENTA AL CONSUMIR CUALQUIER TIPO DE ALIMENTOS ACOMPAÑADO DE FLATULENCIAS. LABORATORIO 04/02/2026 EL CUAL REPORTA H-PYLORI AG: NEGATIVO. EN TRATAMIENTO CONSTANTE CON IBP + ANTIFLATULENTOS SIN MEJORIA ALGUNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	K295		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	09:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	09:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	