

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARCE	ZAMBRANO	MARIA DANUBIA	05	02	2001	24 años, 6 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315515617	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO BRAVO CHICO y	096-998-3486 /
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	1315515617	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	08	28
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

SE ATIENDE PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD. APP: ESCOLIOSIS. ANSIEDAD.SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO.ALERGIAS: CAMARON. APF: MAMA DM2, HTA, CANCER DE TIROIDES , ARTRITIS REUMATOIDE, HIPOTIROIDISMO. SE ATIENDE PACIENTE QUIEN PRESENTA DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO TIPO ARDOR POSTPRANDIAL DE LARGA DATA DESDE HACE 5 AÑOS , ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, REFLUJO GASTROESOFAGICO, DISTENSION ABDOMINAL Y METEORISMO. REFIERE AL INTERROGATORIO HABERSE REALIZADO PRUEBA DE H.PYLORI ANTIGENO EN HECES QUE REPORTO NO REACTIVO, A PESAR DE RECIBIR TRATAMIENTO CON IBP CONTINUA CON SINTOMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

h. pylori antigeno negativo en heces

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-28	23:40	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-08-28	23:40	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	