

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ZAMBRANO	ARIANA NOHELY	13	04	1999	25 años, 5 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315972974	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y 096-286-3322 / (99)-999-9999
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	1315972974	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	09	20
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 PRUEBAS DE H PYLORI POSITIVA EN HECES Y DISPEPSIA DE LARGA EVOLUCIÓN... PACIENTE CON DOLOR DEL VIENTRE 8/10 EN ESCALA DE EVAS... PACIENTE YA A SIDO CON TRATAMIENTO PARA EPI, PERO LLEGA OTRA VEZ POR LO MISMO REFIERE SECRECIÓN LEVE Y ESPORADICA... PACIENTE SE ENVIA A GASTRO POR PETICIÓN PROPIA PERO SE DA TTO Y ECOGRAFIA PARA SU OTRO PROBLEMAS...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU EVALUACION POR PETICION PERSONAL, 098919522

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefieri 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
2024-09-20	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

