

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	CHAVEZ	ANTONIA JOHANNA	11	01	1998	26 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351026941	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDAL EIDI MARIA y	096-843-4451 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir Pais	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351026941	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2024	12	23
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

REFIERE ANTECEDENTE DE H. PYLORI EN TRATAMIENTO POR 2 OCASIONES CON 2 ESQUEMAS DE TRATAMIENTO CON OMEPRAZOL Y AMOXICIINA METRONIDAZOL, CIPROFLOXACINA, CLARITORMICINA HACE MAS DE 3 MESES POR UN MES, REFIERE QUE PRESENTA EPIGASTRALGA, NAUSEAS, ANTECEDENTES FAMILIARES, MADRE HIPOTIROIDISMO SE EVIDENCIA EN RESULTADO DE LABORATORIO H PYLORI NE HECES POSITIVO PESE A RECIBIR 2 LINEAS DE TRATA IENTO DIFERENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON PRUEBAS DE H. PYLORI POSITIVO PESE A TOMA DE MEDICACION DE ERRADICACION LO CUAL NO SE HA LOGRADO CONSEGUIR, POR ELLO SE DERIVA A GASTROENTEROLOGIA.

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
2024-12-23	09:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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