

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	QUIROZ	LUIS SHNAYDER	13	01	2018	7 años, 5 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352779787	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA RITA y	098-517-4531 /
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	1352779787	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	08
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

M 7A5M. APP: H. PYLORI. APF: NR. APQX: NR. AA: NR. ACUDE CON SU MADRE POR REVISIÓN DE LABORATORIOS REALIZADOS EL 28/06/25 QUE REPORTAN: HB 11.1, HTO 35, PLT 291, WBC 7.52. H. PYLORI (+). AL INTERROGATORIO MENCIONA EPIGASTRALGIA, NAUSEAS, Y SENSACION DE PLENITUD TEMPRANA. SIN NOVEDAD AL EX. FÍSICO. // **NOTA: TRATAMIENTO DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA NO HAN LOGRADO ERRADICACIÓN DE LA BACTERIA. MADRE REFIERE BUENA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS PREVIOS, NIEGA USO DE MEDICACIONES NO PRESCRITAS. SE REALIZA REFERENCIA A NIVEL SUPERIOR POR FALTA DE ERRADICACIÓN TRAS TRATAMIENTOS SUGERIDOS, ESTUDIO DE ENDOSCOPIA Y DESCARTE DE COMPLICACIONES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HB 11.1, HTO 35, PLT 291, WBC 7.52. H. PYLORI (+).

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-08	08:31	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-07-08	08:31	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	