

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MECIAS	ZAMBRANO	SANDRA MERCEDES	20	01	1989	36 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311958316	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BEJUCO PIEDRA GORDA y	096-364-7512 / (99)-999-9999
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	1311958316	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	03	07	
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

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL (HACE 5 AÑOS) EN CONTROL CON LOSARTAN DE 100 MG. PRECLAMPSIA DURANTE SU ULTIMO EMBARAZO. MENCIONA ANTECEDENTES DE GASTRITIS CRONICA SIN TRATAMIENTNO FARMACOLOGICO ACTUAL. ALERGIA: NIEGA. APF: MADRE DIABETICA. APQX: NIEGA. G5 P4 C1. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR DOLOR EPIGASTRICO DESDE HACE 2 AÑOS CON EMPEORAMIENTO DURANTE LOS 3 ULTIMOS MESES, DOLOR POSTPRANDIAL TIPO ARDOR, ACOMPAÑADO DE FLATULENCIAS Y MALESTAR ABDOMINAL. REFIERE AL INTERROGATORIO DIAGNOSTICO PREVIO HACE 2 AÑOS DE GASTRITIS TRATADA CON DIGERIL Y OMEPRAZOL POR 6 MESES DE MANERA INTERMITENTE DONDE PRESENTABA LOS MISMOS SINTOMAS CADA VEZ QUE TERMINABA EL TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	09:28	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
2025-03-07	09:28	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

