

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SERRANO	JIMENEZ	MICHELLE ERIKA	05	12	1990	33 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1804803698	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE INDIANA y	098-356-9135 /
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	1804803698	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2024	10	10
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 DE SEXO FEMENINO DE AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIRURGICOS NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA FUE ATENDIDA POR EMERGENCIA EL DIA 5 DE OCTUBRE POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR URENTE EVA 8/10 EN EPIGASTRIO PACIENTE REFIERE HABER SIDO TRATADA CON OMEPRAZOL 40 MG IV Y EL DOLOR CEDIO TEMPROALMENTE. AL DIA SIGUIENTE PACIENTE REFIERE VOLVER A PRESENTAR EL DOLOR QUE IMPOSIBILITA SUS ACTIVIDADES DIARIAS. AL INTERROGATORIO PACIENTE MENCIONA QUE HACE 5 AÑOS POR MUERTE PATERNA CAE EN DEPRESION E INGIERE LEJIA (SELLO ROJO) REFIERE CONSUMO DE DROGAS HACE UN AÑO Y EN DICHO PERIODO INGIERE SUSTANCIAS TOXICAS COMO CLORO. DEBIDO A ESTE PRECEDENTE SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA Y POSTERIOR ESTUDIO EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POR REALIZAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K297		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-10	19:31	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-10-10	19:31	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

