

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	SACON	HOMERO IGNACIO	23	12	1970	54 años, 1 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306757210	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y SN	099-662-2255 /
Ver instructivo	Describir País	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	1306757210	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2025	01	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

PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE TENDINOPATIA DE RODILLA, ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO PERSISTENTE CARACTERIZADO POR PIROSIS, REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y METEORISMO, QUE SE EXACERBAN LUEGO DE LA INGESTA DE ALIMENTOS. REFIERE HABER TOMADO TRATAMIENTO CON ANTIÁCIDO Y ANTIFLATULENTO, QUE AL INICIO MEJORÓ LOS SÍNTOMAS, PERO LUEGO DEJARON DE FUNCIONAR. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADRO CLÍNICO PERSISTENTE CARACTERIZADO POR PIROSIS, REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y METEORISMO, QUE SE EXACERBAN LUEGO DE LA INGESTA DE ALIMENTOS. REFIERE HABER TOMADO TRATAMIENTO CON ANTIÁCIDO Y ANTIFLATULENTO, QUE AL INICIO MEJORÓ LOS SÍNTOMAS, PERO LUEGO DEJARON DE FUNCIONAR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-23	10:46	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2025-01-23	10:46	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

