

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEVALLOS         | FALCONES         | EMERITA EVANGELISTA | 08                  | 04  | 1959 | 65 años, 4 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0905753455        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLEJON SIN NOMBRE y CALLE EUCLIDES ANDRADE | 096-121-2436 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria                 | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 0905753455      | 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  | 08  | 26  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE REFIERE QUE TIENE HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 100MG/D, HA PRESENTADO DOLOR ABDOMINAL TIPO ARDOR ACOMPAÑADO DE SENSACION DE BOCA AMARGA, REFLUJO, NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO PARA LO CUAL HA TOMADO MAGALDRATO + SIMETICONA SIN VER MJORIA, DE LARGA EVOLUCION,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

valoracion y tratamiento por especialidad

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS | K210   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2024-08-26 | 10:36 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2024-08-26 | 10:36 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |