

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	SANCHEZ	JACOBO RAMON	23	08	1954	71 años, 10 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303228496	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LA MADERA y	099-098-2575 /
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	1303228496	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología	2026	07	13
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 clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON LOSARTAN 100mg UNA TABLETA A LAS 7am Y AMLODIPINO 10mg UNA TABLETA 7pm, SIMVASTATINA 20mg UNA TABLETA 7pm, REFIERE DOLOR EN EPIGASTRIO DE +/- 10 DE EVOLUCIÓN, CON TTO MEDICO SINTOMÁTICO, ACOMPAÑADO DE AEROFAGIA, SENSACIÓN DE UN LIQUIDO AMARGO FLUYE SOBRE EL ESÓFAGO QUE SE EXACERBA CUANDO SE ACUESTA, MALA DIGESTIÓN + ESTREÑIMIENTO LO QUE PROVOCA HEMORROIDES EN OCASIONES, NIEGA OTROS SINTOMAS, RIESGO CV A 10 AÑOS: 9% (MODERADO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 11 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0990109262 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN EPIGASTRIO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, NO MEGALIAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	K219		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-13	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

