

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	BRAVO	CARMEN ISABEL	08	07	1960	64 años, 8 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303393522	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AMERICA SALTOS y VIA COLORADO	098-914-0330 /
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	1303393522	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	03	27
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 64 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE QUIRURGICO DE COLECISTECTOMIA, ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES POR REFERIR EPIGASTRALGIA DE MESES DE EVOLUCIÓN ACOMPAÑADO DE REFLUJO Y DISPEPSIA, QUE PESE A TRATAMIENTO PERSISTE. AL MOMENTO PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. TRAE EXAMEN DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES NEGATIVO, SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EPIGASTRALGIA DE MESES DE EVOLUCIÓN ACOMPAÑADO DE REFLUJO Y DISPEPSIA, QUE PESE A TRATAMIENTO PERSISTE. EXAMEN DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES NEGATIVO, SANGRE OCULTA EN HECES NEGATIVO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	09:33	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	13154198	

Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-03-27	09:33	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	