

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	INTRIAGO	JOSE EDUARDO	13	10	1963	62 años, 7 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304225624	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CDLA SAN CRISTOBAL y	099-867-7075 /
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	1304225624	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	06	08
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

USUARIO CON APP DE DISCAPACIDAD FÍSICA 36% SECUNDARIO IMPOTENCIA FUNCIONAL DE LA MANO IZQUIERDA TRAS CORTADA DE LIGAMENTOS, VASOS Y TENDONES, HTA CON TTO CON LOSARTAN 50mg UNA TABLETA AL DIA, GEMFIBROZILO 600mg UNA TABLETA DIARIA, GASTRITIS CRÓNICA + HP POSITIVO + REFLUJO GASTRO-ES OFAGICO CON SEGUIMIENTO EN HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CADA 2 AÑOS, EN LA ACTUALIDAD REFIERE DOLOR EN EPIGASTRIO, ACOMPAÑADO DE PIROSIS Y SENSACIÓN DE AHOGO, QUE SE EXACERBA AL INGERIR ALIMENTOS COPIOSOS, RIESGO CV A 10 AÑOS: 5% (MODERADO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 8 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0987038745 - 0980682205 **

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MOLESTIA A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE EPIGASTRIO, 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
2026-06-08	14:30	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
2026-06-08	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

