

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	FIGUEROA	JORGE ADALBERTO	21	04	1962	62 años, 10 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304267428	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	095-952-5401 /
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	1304267428	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	02	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

☐

SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN T DIGESTIVO CON DOLOR A LA DEGLUCIÓN.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE REFIERE SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN GARGANTA AL EXAMEN FISICO NO SE OBSERVA (ESPINA) LUEGO DE COMER COMER PESCADO HACE UN MES, PRESENTA DOLOR EN GARGANTA A DEGLUCIÓN Y TÓRAX. HA SIDO VALORADO POR EMERGENCIA DE TIPO C, INFORMA SOBRE RX, CON IMPOSIBILIDAD DE VISUALIZAR CUERPO EXTRAÑO, NO TRAE RX. TAMPOCO SE NOS ACTIVAN OTROS TIPO DE ESTUDIOS POR PRIMER NIVEL TIPO TOMOGRAFÍA DESDE UN TIPO A, SE ENVIA PACIENTE POR EMERGENCIA HOSPITALARIA POR SEGUNDA OCASIÓN SIN RESOLUCIÓN. INFORMA QUE FUE VISTO POR ORL, PERO QUE NO PUDE SER EXPLORADO. 0959525401 SE ENVIA A GASTROENTEROLOGÍA POR CONSULTA EXTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO, PARTE NO ESPECIFICADA	T189		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	08:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	08:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	