

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GUADAMUD         | CABALLERO        | ANA DE JESUS | 06                  | 03  | 1961 | 64 años, 0 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304436148        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CHIMBORAZO y MALECON         | 099-087-5103 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1304436148                               | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |                   | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                   |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                   | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Gastroenterología | 2025           | 03  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad      | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON REFLUJO GASTROESOFAGICO, MAS DOLOR TIPO ARDOR EN ESTOMAG APF PADRE FALLECIO CON CA DE ESTOMAGO. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| na |
|----|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2025-03-11 | 13:47 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2025-03-11 | 13:47 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |