

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	SANTA NARCISA	29	10	1961	63 años, 3 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304440108	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	098-666-7127 / (99)-999-9999
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	1304440108	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	02	19
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

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO DESDE HACE 3 MESES MAS O MENOS ACOMPAÑADO DE DISPEPSIA - METEORISMO - TAMBIEN PRESENTA REFLUJO - CON PIROSIS RETROSTERNAL - NAUSEAS - EPISODIOS ALTERNADOS DE ESTREÑIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: LEUCOC 7.91- HEMATIES 4.45- HEMOGLOB 13.3- HTO 39.1 - PLAQ 297- GLUCOSA 115- COLESTEROL 151.2- TRIGLICERI 212- ACIDO URICO 6.10- UREA 37.0- CREATIN 0.42- TGO 29.00- TGP 26- GAMMGT 58.0- BILIR T 0.44- HEMOGLOBI GLICOS 6.4 - HEPATITIS C NEGATIVO- EMOO NEGATIVO - HECES H PYLORI POSITIVO NO HAY PARASITOS . SANGRE OCULTA NEGATIVO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	11:27	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2025-02-19	11:27	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	