

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	BARRE	CARMEN JOSEFA	21	12	1943	81 años, 9 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304495565	MANABI	CHONE	BOYACA	POR EL ANTIGUO COLEGIO y	098-930-9797 /
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	1304495565	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2025	10	03	
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 FEMENINO DE 81 AÑOS, QUIEN SE PRESENTA EN CONSULTA POR MALESTAR ABDOMINAL RECURRENTE, ASOCIADO A SÍNTOMAS DE DISPEPSIA, SENSACIÓN DE PLENITUD Y DOLOR EPIGÁSTRICO. SE ENCUENTRA DIAGNOSTICADO CON COLON VAGO Y ANTECEDENTES DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO. EN LOS EXÁMENES REALIZADOS, SE REPORTA POSITIVIDAD PARA HELICOBACTER PYLORI EN PRUEBA DE HECES. LA HISTORIA CLÍNICA MUESTRA QUE LA PACIENTE PRESENTA EPISODIOS FRECUENTES DE ACIDEZ, REGURGITACIÓN Y DOLOR RETROESTERNAL, SÍNTOMAS QUE SUGIEREN UN CUADRO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO CONTROLADO. PORTA PRUEBA DE HECES PARA HELICOBACTER PYLORI RESULTÓ POSITIVO, LO QUE PODRÍA ESTAR CONTRIBUYENDO A LA SINTOMATOLOGÍA GÁSTRICA DEL PACIENTE. A PESAR DE TRATAMIENTO MÉDICO INICIAL, PERSISTEN LOS SÍNTOMAS DIGESTIVOS, LO QUE SUGIERE LA NECESIDAD DE UN MANEJO ESPECIALIZADO PARA UNA MEJOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	10:56	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-10-03	10:56	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

