

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	MARINA LEONOR	18	10	1963	61 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305517250	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SAN LEONIDAS y NO TIENE	098-262-4030 / (00)-000-0000
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	1305517250	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	07	18
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 61 AÑOS CON APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL HACE 3 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD; APF: MADRE CON CANCER A LA VESÍCULA Y ABUELOS PATERNOS CON HTA; AQX: SPB Y APENDICEPTOMÍA; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA; ALERGIAS: NO REFIERE; AGO: G:5 P:5 C:0 A:0; FUM: NO APLICA. ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CON MÁS DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR SENSACIÓN DE ATASCAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LA GARGANTA, QUE SE ACOMPAÑA DE ODINOFAGIA, TOS RECURRENTE Y DISFONIAS. ADEMÁS REFIERE QUE DOLOR TORÁCICO. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFAGIA	R13X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	11:26	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-07-18	11:26	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	