

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	SOLORZANO	PABLO ANTONIO	30	06	1974	51 años, 4 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307896298	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE SIN NOMBRE y LA LIBERTAD	098-237-8285 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307896298	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	11	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 51 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR COVID-19 HACE ALGUNOS AÑOS, ACUDE POR CUADRO DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO INICIALMENTE POR TOS PERSISTENTE, LA CUAL SE INTENSIFICÓ HACE 4 DÍAS, DE PREDOMINIO DIURNO, SECA, DE INTENSIDAD MODERADA, QUE EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE NÁUSEAS Y LLEGA A PROVOCAR VÓMITO DE CONTENIDO SALIVAL (BABA), ESPECIALMENTE EN LAS MAÑANAS. REFIERE QUE DESDE EL EPISODIO DE COVID PRESENTA TOS CRÓNICA INTERMITENTE, CON PERIODOS DE EXACERBACIÓN, TRATADA EN VARIAS OCASIONES CON INHALADORES Y POSTERIORMENTE CON IBP Y PROCINÉTICOS, CON MEJORÍA PARCIAL. SEÑALA QUE LA TOS SE MANTIENE A LO LARGO DEL DÍA, NO SE EVIDENCIA EXPECTORACIÓN PURULENTO NI HEMOPTOICA, Y SE ASOCIA A SENSACIÓN DE IRRITACIÓN FARÍNGEA Y MOLESTIAS DIGESTIVAS MATUTINAS. NIEGA FIEBRE, DISNEA DE REPOSO O DOLOR TORÁCICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS	K210	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	15:18	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-27	15:18	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

