

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	MOREIRA	TEOGENES JUSETH	07	10	1976	49 años, 7 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308607546	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CDLA LA YOYITA y	999-999-9999 /
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	1308607546	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	05	05
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 49 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA, QUIEN ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO PROGRESIVO DE MÁS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PIROSIS FRECUENTE Y EPIGASTRALGIA TIPO ARDOR, DE INTENSIDAD VARIABLE, ASOCIADA A SENSACIÓN DE REFLUJO ÁCIDO POSTPRANDIAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL OCASIONAL Y MALESTAR GÁSTRICO RECURRENTE. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS SE EXACERBAN POSTERIOR A LA INGESTA DE ALIMENTOS CONDIMENTADOS, GRASOSOS, CAFÉ Y EN HORARIO NOCTURNO. PACIENTE MENCIONA AUTOMEDICACIÓN FRECUENTE CON OMEPRAZOL, PRESENTANDO ALIVIO PARCIAL Y TEMPORAL DE LA SINTOMATOLOGÍA, SIN MEJORÍA DEFINITIVA. NIEGA HEMATEMESIS, MELENA, VÓMITOS O PÉRDIDA DE PESO. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL CUADRO CLÍNICO Y CRONICIDAD DE LOS SÍNTOMAS DIGESTIVOS ALTOS, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	21:45	Medicina Rural	KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	

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 clínico

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
2026-05-05	21:45	Medicina Rural	KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	

