

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	SANDRA MARIA	22	02	1976	49 años, 9 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308958261	MANABI	CHONE	RICAURTE	XXXX y	000-000-0000 / (00)-000-0000
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	1308958261	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	12	09
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 FEMENINA DE 47 AÑOS QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL MEDICO, CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE HERNIA HIATAL Y ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE HISTERECTOMÍA Y DOS CESÁREAS; AL MOMENTO REFIERE PIROSIS Y REGURGITACIÓN ÁCIDA DE PREDOMINIO NOCTURNO QUE INTERFIERE CON EL SUEÑO, ASÍ COMO GANANCIA PONDERAL E INFLAMACIÓN ABDOMINAL, ADEMÁS PRESENTA RESULTADOS DE LABORATORIO CON ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS (TGO 44.90 U/L, TGP 119.6 U/L); AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE ORIENTADA, CONSTANTES VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, LEVE SENSACIÓN DE PLENITUD EPIGÁSTRICA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES Y NORMALES, RESTO DE SISTEMAS SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS; SE REALIZA REFERENCIA A GASTROENTEROLOGÍA.

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
2025-12-09	15:01	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-12-09	15:01	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	