

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| JIMENEZ          | BENAVIDES        | DARIO JAVIER | 07                  | 11  | 1977 | 47 años, 9 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309559225        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS NARANJOS y               | 099-385-3410 /       |
| 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                 | 1309559225      | 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  | 08  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

este paciente con reflujo con alteración dispéptica por lácteos. no mejora mucho mas dolor retroesternal con incompetencia de esfínter esofágico inferior de una evolución de 5 años con recidivas de una vez al año... toma productos naturales como vinagre de manzana. y a visitado al gastroenterologo una vez con dx de h pylori...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

control por su especialidad...

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-08-13 | 15:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b><br>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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-08-13 | 15:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

