

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILCES	CARREÑO	YANES FIDELINA	08	02	1963	62 años, 11 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309674024	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE BENITO SANTOS y CALLE 9 DE OCTUBRE	099-206-9690 / (05)-269-8105
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	1309674024	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	02	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 62 AÑOS DE EDAD, SEXO MUJER, CON ANTEC EDENTES PATOLOGICOS PRES DE DISCAPACIDAD, GEMIPLEJIA NO ESPECIFICADA, EPILEPSIA, PRESENTA CUADEO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA, SENSACION DE LLENURA, METEORISMO, REFLUJO, NAUSEA, VO,ITOS SANGUINOLENTOS, ACIDEZ, DOLOR AL TRAGAR, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA PARA VASLORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO GASTROENTEROLOGO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	09:36	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2026-02-05	09:36	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	