

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CAICEDO	KATERINE DEL ROCIO	19	09	1978	47 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309975637	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y COLIBRI	098-293-8917 /
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	1309975637	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Gastroenterología	2026	02	02
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 DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE GASTRITIS CRÓNICA, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO, TIPO ARDOR DE GRAN INTENSIDAD QUE EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE VOMITOS, INDICA QUE TOMA OMEPRAZOL DE FORMA RECURRENTE PERO VUELVE EL MALESTAR SIEMPRE, INDICA ADEMAS LLENURA, DISPEPSIA, REFLUJO GASTROESOFAGICO RECURRENTE, EN OCASIONES HASTA SE ATORA CON SU SALIVA Y QUE LE CUESTA TOMAR PASTILLAS PORQUE NO LE PASAN Y PRESENTA DISFONIA OCASIONAL NO ACOMPAÑADA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS. INDICA QUE TODAS LAS COMIDAS LE ESTAN GENERANDO MALESTAR Y NO VE MEJORIA, REFIERE ADEMAS CEFALEA HOLOCRANEANA TIPO PULSATIL DE LEVE INTENSIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	10:08	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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
2026-02-02	10:08	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

