

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	PAZMIÑO	AMIRA TATIANA	24	04	1987	39 años, 2 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312391178	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-129-9123 / (99)-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	1312391178	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	07	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 39 AÑOS CON ANTECEDENTES DE LITIASIS RENAL, GASTRITIS CRONICA CON ULCERA GASTRICA Y FIBROMIALGIA, AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DOLOR URENTE EN EPIGASTRIO DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD, REFIERE ABUNDANTES GASES E INFLAMACION A NIVEL ABDOMINAL LO QUE HA LLEVADO A TENER PERDIDA DE APETITO, PRESENTA REFLUJO QUE LE GENERA ADEMAS DOLOR DE PECHO Y HASTA LA ESPALDA. INDICA QUE TENIA CONTROL CON GASTROENTEROLOGO PERO PERDIO SU CITA POR TEMAS LABORALES. ADEMAS REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION PELVICA QUE APARECE DE FORMA INTERMITENTE ACOMPAÑADO DE SECRECION AMARILLENTA NO MALOLIENTE DE CONSISTENCIA CREMOSA Y DISPAREUNIA. NIEGA OTROS SINTOMAS.

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
2026-07-09	14:16	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2026-07-09	14:16	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

