

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	SANTOS	MARIA MAGDALENA	20	07	1959	66 años, 4 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313094128	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL TIGRE y	000-000-0000 /
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	1313094128	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	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 66 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE LARGA EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR PIROSIS Y REGURGITACIÓN ÁCIDA FRECUENTES, DE PREDOMINIO NOCTURNO Y POSTPRANDIAL. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS PERSISTEN A PESAR DE MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON IBP Y ANTIÁCIDOS, IMPACTO NEGATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA, INDICA INSOMNIOS FRECUENTES. NIEGA DISFAGIA, HEMATEMESIS O PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICO

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	15:08	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
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 clínico

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	15:08	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	