

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	SUAREZ	NAYELY ANAHIS	05	04	2001	25 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313737221	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO BEJUCAL y	098-199-5785 /
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	1313737221	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	05	05
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 25 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE, APQ: CESAREA (1), APF: ABUELOS MATERNOS HIPERTENSOS, ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CARACTERIZADO POR PIROSIS Y REGURGITACIÓN ASOCIADO A DISFONIA DESDE HACE 1 AÑO POR CUADRO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, YA VALORADA POR OTORRINO PARTICULAR QUIEN ENVIA TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES SIN MEJORA, POR PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HB: 15.6, PLT: 399, LINFOCITOS: 16.2, NEUTROFILOS: 13.30, MONOCITOS: 6.9, TGO: 19.94, TGP: 25.55

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	K219	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	08:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-05	08:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	