

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEZA	CUSME	MARIA JOSE	08	04	2000	25 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314765494	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA y 1	093-931-3394 /
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	1314765494	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	2025	11	17
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 FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD APP: ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA (EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO 17,5 MG DOSIS SEMANAL + HIDROXICLOROQUINA 200MG + ACIDO FOLICO 5MG + CALCIO + ETORICOXIB 90MG) /// MIGRAÑA CN AURA REFRACTARIA A TRATAMIENTO (TOPIRAMATO 50MG BID + AMITRIPTILINA 25 MG BID) /// MICROLITIASIS RENAL (DEBIDO A USO EXTENDIDO DE TOPIRAMATO) /// DISFAGIA MOTORA (DISLEP25 MG BID + SUCRALFATO C/8H) ** PACIENTE ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPIGASTRALGIA Y DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO CON PERSISTENCIA DE NÁUSEAS FRECUENTES Y VÓMITO TRAS INGESTA DE ALIMENTOS Y LIQUIDOS FRIOS O ACIDOS FUERA DE EPISODIOS DE CUADRO DE MIGRAÑA. INDICA DIFICULTAD PARA DEGLUTIR ALIMENTOS, DEBIDO A SENSACION DE PRESENCIA DE MASA A NIVEL DE FARINGE. NIEGA ALERGIAS. ** DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES ALTOS Y ANTECEDENTE DE DISFAGIA MOTORA, SE REQUIERE VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGÍA PARA REALIZACIÓN DE VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (VEDA), A FIN DE DESCARTAR LESIÓN ESTRUCTURAL, ESOFAGITIS, GASTROPATÍA U OTRAS ALTERACIONES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS AL MOMENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFAGIA	R13X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-17	14:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA 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
2025-11-17	14:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

