

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	MOLINA	SULAY KATERINE	07	12	1994	31 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315706042	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	TUNEL y	099-929-1408 /
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	1315706042	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	04
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 CON CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SENSASION DE ATRAGANTAMIENTO, QUE SE PRESENTO EN UN INICIO CON ALIMENTOS DULCES, POR LO QUE PACIENTE SUSPENDIO SU CONSUMO, POSTERIORMENTE LO PRESENTA CON ALIMENTOS SOLIDOS COMO CARNES BLANCAS Y ROJAS, Y ACTUALMENTE SE PRESENTA CON EL CONSUMO DE LIQUIDOS COMO EL AGUA, PACIENTE REFIERE QUE MOLESTIA SE PRESENTE EN PARTE SUPERIOR DEL ESOFAGO Y FARINGE, NIEGA OTRO SINTOMA. SE REALIZA REVISION OROFARINGEA Y NO SE EVIDENCIA LESION, REFLEJO NAUSEOSO DEBIL. SE REALIZO ESTUDIOS DE LAB: TSH: 1.31. FT3: 4.63, FT4: 13.2

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISQUINESIA DEL ESOFAGO	K224		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	08:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-06-04	08:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	