

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| RODRIGUEZ        | MENENDEZ         | BRYAN PAUL | 20                  | 01  | 2005 | 20 años, 11 meses, 20 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315793941        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS NARANJOS 1 y             | 096-924-8700 /       |
| 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                 | 1315793941      | 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  | 01  | 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 MASCULINO DE 20 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESOFAGITIS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR REFLUJO GASTROESOFAGICO, GASES ABDOMINALES QUE SE EVIDENCIAN CON MULTIPLES ERUCTOS, PRESENTA ADEMAS SIALORREA EXCESIVA CON LOS ALIMENTOS, INDICA QUE OCASIONALMENTE VOMITA POSTERIOR A LA COMIDA Y LE DA TOS. DEBIDO A LA SENSACION ACIDA. NIEGA OTROS SINTOMAS.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| ESOFAGITIS  | K20X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     |  | FIRMA                                                             |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 2026-01-09 | 14:44 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |                                                                                     | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ<br>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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-09 | 14:44 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |