

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	DELGADO	KEYDIG AITANA	07	04	2016	9 años, 11 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	1352335465	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVO CHICO y	094-316-4967 /
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	1352335465	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	26
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 ☐

REFLUJO
GASTROESOFAGICO
DIAGNOSTICADO HACE
AÑOS SIN TRATAMIENTO
AL MOMENTO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIATRICA DE 9 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN GUIA EL INTERROGATORIO MENCIONA DIAGNOSTICO PREVIO DE REFLUJO GASTROESOFAGICO HACE 5 AÑOS, MENCIONA TRATAMIENTOS PREVIOS QUE SUSPENDEN HACE VARIOS AÑOS, AL MOMENTO REFIERE HACE UN MES CON EPISODIOS DE METEORISMO, VOMITOS POSPANDIALES, PERDIDA DE APETITO, PERDIDA DE PESO, PIROSIS, DOLOR PRECORDIAL, CEFALEAS. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA REACTIVA, AFEBRIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0989076933----- 0999059938

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS	K210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	08:51	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-26	08:51	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

