

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| HIDROVO          | PENARRIETA       | LUIS RODOLFO | 13                  | 01  | 1981 | 45 años, 0 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1717332306        | MANABI              | CHONE  | CHIBUNGA  | CHIBUNGA y                   | 099-999-9999 /       |
| 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                 | 1717332306      | CHIBUNGA                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                   |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|-------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Gastroenterología | 2026 | 02    | 11  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad      | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN HACE 1 AÑO, CARACTERIZADO POR DISFAGIA, PIROSIS PERSISTENTE, DESCRITA COMO SENSACIÓN DE ARDOR RETROESTERNAL Y EPIGÁSTRICO, DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA, CON EXACERBACIONES EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. EL DOLOR ES TIPO URENTE, OCASIONALMENTE IRRADIADO A REGIÓN TORÁCICA, ASOCIADO A DISTENSIÓN ABDOMINAL Y MALESTAR GENERAL. DURANTE LOS EPISODIOS DE MAYOR INTENSIDAD EL PACIENTE REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL IMPORTANTE, LO QUE LE IMPIDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES HABITUALES. ADEMÁS, MANIFIESTA SENSACIÓN DE MAREO, PERCEPCIÓN DE DESCENSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, DIAFORESIS OCASIONAL Y ANSIEDAD REACTIVA SECUNDARIA AL DOLOR. NIEGA HEMATEMESIS, MELENA Y VÓMITOS PERSISTENTES (SEGÚN REFIERE). POR LA PERSISTENCIA Y SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |
|--|
|  |
|--|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA | K295   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-11 | 10:44 | Medicina Rural | ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES | 1315296978 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-11 | 10:44 | Medicina Rural | ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES | 1315296978 |       |

