



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		001414	Ricaurte		CS	1311287070					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Veliz		Tarira		Belgica		Purita		M	26-05-1970	54	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0981763518				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
13		1303	130356	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Medicina Interna

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD APP: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS- APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50MG CADA 12 HORAS- MAS DIABETES MELLITUS TIPO II TRATADA CON IMETFORMINA 500MG EN LA MAÑANA Y 500MG EN LA NOCHE- APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR INTENSO Y CEFALEAS CONSTANTES DE GRAN INTENSIDAD QUE NO CALMAN CON MEDICACION- PACIENTE TAMBIEN REFIERE CAMBIO DE COLORACION EN LA PIEL EN LAS PIERNAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS Y AFEBRIL- NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL SECA- SE OBSERVA CAMBIO DE COLORACION EN PIEL ENTRE LAS PIERNAS. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. UREA CREMA 5. ANALGESIA 6. CONTROL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD APP: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS- APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50MG CADA 12 HORAS- MAS DIABETES MELLITUS TIPO II TRATADA CON IMETFORMINA 500MG EN LA MAÑANA Y 500MG EN LA NOCHE- APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR INTENSO Y CEFALEAS CONSTANTES DE GRAN INTENSIDAD QUE NO CALMAN CON MEDICACION- PACIENTE TAMBIEN REFIERE CAMBIO DE COLORACION EN LA PIEL EN LAS PIERNAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS Y AFEBRIL- NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA- CABEZA: NORMOCÉFALO- MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO- CSPS CLAROS Y VENTILADOS- RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN- AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES- PERCUSIÓN: TIMPÁNICA- PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL SECA- SE OBSERVA CAMBIO DE COLORACION EN PIEL ENTRE LAS PIERNAS. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. UREA CREMA 5. ANALGESIA 6. CONTROL

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otros Tipos De Hiperpigmentacion Melanodermica		L814	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-27	02:44	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311538662				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	