



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	Canuto		CS	1301886022													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Macias		Zambrano		Manuel		Antonio		H	27-03-1954	71	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
096-825-9945				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13		1303		130352		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 MASCULINO DE 71 AÑOS EDAD CON APP: HTA Y DM2 APF: NO REFIERE APQ: CATARATAS ALERGIA: NO REFIERE RESIDENTE DE: CANUTO (HUESO DE VACA) OCUPACION: JUBILADO PA: 99/61 MEDICACION HABITUAL: LOSARTAN 50 QD Y INS ULINA 10 QD .PACIENTE ACUDE A CONS ULTA PARA PEDIR REFERENCIA PARA OFTALMOLOGIA. PERDIDA DE LA VISIÓN DESDE HACE MAS MENOS 6MESES. PERDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DEL OJO IZQUIERDO Y DEL LADO DERECHO UNA PERDIDA DEL 50 % DE LA VISIÓN.. NIEGASINTOMATOLOGIA RESPIRATORIAS- GASTROINTESTINAL- O URINARIA. EA: PACIENTE MANIFIESTA UNA MASA DE PEQUEÑO TAMAÑO MOVIL A NIVEL DE REGION OCCIPITAL - PACIENTE REFIERE QUE ADEMAS REFIERE CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD DE APROXIMADAMENTE 3 MESES DEVOLUCION- NO HAY MAS SIGNOS ACOMPAÑANTES. EXAMEN FISICO: PACIENTE CONSCIENTE-ORIENTADO- HIDRATADO- AFEBRIL; CABEZA: NORMOCEFALICA- MASA MOVIL EN REGION OCCIPITAL. CONJUNTIVAS: ROSADAS-ESCLERAS: ANICTERICAS- PUPILAS: ISOCORICAS NORMOREACTIVAS; NARIZ: PERMEABLE; BOCA: OROFARINGE NO ERITEMATOSA-PIEZAS DENTALES EN BUEN ESTADO; CUELLO: SIMETRICO- MÓVIL- NO ADENOMEGALIAS- TIROIDES OA; TORAX: SIMETRICO-EXPANSIBILIDAD CONSERVADA- NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA- PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES- NO SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAÑADIDOS- CORAZÓN: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS- NO SE AUSCULTAN SOPLOS; ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES- S UAVE- DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACION; REGIÓN INGUINO GENITAL: GENITALES EXTERNOS MASCULINOS- TESTICULOS EN ESCROTO-EXTREMIDADES SIMÉTRICAS- NO EDEMA.PACIENTE SE PRESENTA A LA CONS ULTA AFEBRIL ALERTA Y DE BUEN ESTADO GENERAL. TEST DE FINDRISK: YA DIABETICO. RIESGO CARDIOVASCULAR: MUY ALTO. SE SOLICITA REFERENCIA A AREA DE MEDICINA INTERNA PARA VALORACION DE CUADRO CLINICO Y OPORTUNO MANEJO DE SUS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANS MISIBLES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EN TRAMITE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Tumefaccion Masa O Prominencia Localizada En La Cabeza		R220	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-20	11:19	Diana		Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1351725732					

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1301886022	

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Canuto	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Plan:
Insulina Nph 10 Ui Sc Am
Dapaglifozina 10mg Vo Od.
Tamsulosina 0.4mg Vo A Las 7 Pm
Atorvastatina 10mg Vo Od A Las 7pm
Losartan 50mg Vo Od A Las 8 Am
Gabapentina Y Paracetamol

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Hipertension Esencial (Primaria)	I10X			4.				
2.	Diabetes Mellitus Insulinodependiente Con Complicaciones Multiples	E107			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	
1707806186				