



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	1312026113								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Bazurto	Barberan	Luzmila	Pascuala	M	12-04-1936	89	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0990597071		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	130351	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	Geriatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 89 AÑOS CON DISCAPACIDAD VIS UAL DEL 75%. REFIERE DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDADIARIA- COMO LEER- DESPLAZARSE Y REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS. REPORTA SENTIRSE DEPENDIENTE EN EL ENTORNO- CON LIMITACIÓN PARA SALIR SOLA DE S U CASA. REFIERE DOLOR CRONICO EN LAS RODILLAS POSTERIOR A TRAUMA HACE 8 MESES. NO REFIERE NIMOLESTIAS ADICIONALES. EXPLORACIÓN FÍSICA: REFLEJOS VIS UALES SEVERAMENTE LIMITADOS DEBIDO A LA DISCAPACIDAD VIS UAL. EN LA VALORACIÓN FUNCIONAL- LA PACIENTE PRESENTA ALTERACIONES EN S U MOVILIDAD Y COORDINACIÓN MOTORA FINA. NO SE OBSERVANSIGNOS DE DESNUTRICIÓN NI DE ALTERACIONES GRAVES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR O RESPIRATORIO. EVALUACIÓN COGNITIVA: NOSE IDENTIFICAN SIGNOS EVIDENTES DE DEMENCIA O DETERIORO COGNITIVO. IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LA INDEPENDENCIA DE LAPACIENTE- CON RIESGOS ASOCIADOS A CAÍDAS Y ACCIDENTES DOMÉSTICOS. NECESIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA PARA UNA EVALUACIÓN INTEGRAL QUE PERMITA OPTIMIZAR S U CALIDAD DE VIDA- INCLUYENDO LA POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y ADAPTACIÓN DEL ENTORNO. PLAN REFERIR A GERIATRÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL DE LA PACIENTE- INCLUYENDO REVISIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
DISCAPACIDAD VISUAL

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Ceguera De Ambos Ojos		H540	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-22	02:18	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	