

| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C                                                    | 1304600289                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Cedeño                                                      | Vera             | Urania                         | Elena                                                   | M                                | 31-10-1935        | 90   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                                | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0979781833 / 0981729877                                     |                  |                                | X                                                       |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                                | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 2. Falta de espacio físico.                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 3. Falta de equipamiento.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 4. Equipos en mal estado.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                      |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1315             | 131550                         |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADULTA MAYOR DE 90 AÑOS- CON APP DE HTA- DM2. CON COMPLICACIONES OFTÁLMICAS Y NEUROPÁTICAS... LLEVA TTO CON INSULINA NPH. LOSARTAN- AMLODIPINO Y ESTATINAS?AHORA ES TRAÍDA POR SUS FAMILIARES PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ELLO SE REFIERE A II NIVEL PARA SU ADECUADA VALORACIÓN Y LLENADO DEL ANEXO 002. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CONCIENTE Y ORIENTADA EN T. E. P. ES TRAÍDA EN SILLA DE RUEDAS? AL MOMENTO REFIERE DISMINUCIÓN SEVERA DE LA AGUDEZA VISUALTA: 170/ 100MMHG- REFIERE QUE NO HA ESTADO TOMANDO SUS MEDICAMENTOS POR QUE NO HAY EN EL CENTRO DE SALUD? SE INDICA EX. DE LAB. EKG- ECG- MAPA HOLTER. HBA1C. YREFERENCIA A II NIVEL PARA VALORACIÓN MULTIDICIPLINARIA.REQUIERE AYUDA PARA REALIZAR ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON 35 PUNTOS POR INDICE DE BARTHEL (DEPENDENCIA MODERADA) |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Vision Subnormal De Ambos Ojos     | H542 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-31                            | 11:22        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| 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 | 1354295766                       |                   |

## 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                     | Santa Rita               | 13D07    | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

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

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Plan:  
Educacion A La Madre  
Terapias De Estimulacion Temprana Sesiones Prolongadas: Educacion Postural- Fortalecimiento Muscular Global- Estimulacion Multisensorial- Estimular Motricidad Fina- Ejercicios De Marcha ? Equilibrio ? Propiocepcion ? Trabajar En Avd Acorde A Hitos Del Desarrollo.  
Terapia Ocupacional Sesiones Prolongadas: Educacion Postural- Trabajar En Motricidad Fortalecimiento Muscular Del Tren Superior ? Optimizar Motricidad Fina ? Optimizar Avd Acorde A Edad ? Ejercicios De Atencion Memoria Y Concentracion.  
Terapias De Lenguaje 10 Sesiones: Evaluacion Del Habla Y Lenguaje- Lenguaje Comprensivo Y Expresivo- Onomatopeyoterapia- Partes Del Cuerpo ? Nominacion De Mimebros De La Familia - Mecanismo Oral Periférico - Ejercicios De Articulación- Terapia Ludica- Ejercicios De Memoria Atencion Y Concentracion  
Psicorehabilitacion: Terapia Cognitiva Conductual.  
Control Evolutivo

## F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

|    | CIE                    | PRE  | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------|------|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1. | Retardo Del Desarrollo | R620 | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2. |                        |      |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. |                        |      |     | 6. |  |     |     |     |

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

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

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1311934234                            |                 |               |                 |                  |