

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CUERO	ROMINA NORAIMA	05	11	1999	26 años, 8 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0850849993	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SN y	099-301-7069 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0850849993	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	07	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR PTERIGIÓN EN EL OJO IZQUIERDO ASOCIADA A DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL EN LOS CUADRANTES MEDIO SUPERIOR E INFERIOR, ESCOTOMAS TRANSITORIOS Y CEFALEA. ANTE LA COMBINACIÓN DE ALTERACIONES DEL CAMPO VISUAL, SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS (CEFALEA Y ESCOTOMAS) Y UN PTERIGIÓN QUE, AUNQUE GENERALMENTE BENIGNO, NO EXPLICA POR SÍ SOLO EL DÉFICIT VISUAL SECTORIAL, SE SOSPECHA POSIBLE PATOLOGÍA NEURO-OFTÁLMICA SUBYACENTE (EJ. NEURITIS ÓPTICA, LESIÓN RETROBULBAR, MIGRAÑA CON AURA ATÍPICA O COMPRESIÓN DEL NERVIÓ ÓPTICO). DADO EL RIESGO DE AFECTACIÓN A LA VISIÓN Y LA NECESIDAD DE DESCARTAR CAUSAS GRAVES, SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA PARA CONSIDERAR SU DERIVACIÓN A OFTALMOLOGÍA EN SEGUNDO NIVEL PARA EVALUACIÓN COMPLETA, CAMPO VISUAL, TOMOGRAFÍA O RESONANCIA CEREBRAL SEGÚN INDICACIÓN, Y MANEJO ESPECIALIZADO OPORTUNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PTERIGION	H110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-23	14:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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 clínico

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
2026-07-23	14:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

