

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VELEZ            | QUIJIJE          | ANTONIO DE LA CRUZ | 29                  | 05  | 1938 | 88 años, 2 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0900899733        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | SANTA LUCIA y VIA A CHONE    | 099-026-8151 /      |
| 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                 | 0900899733      | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                          | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Geriatría y Gerontología | 2026  | 07  | 31  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad             | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 88 AÑOS DE EDAD ACUDE CON HIJA, APP DE HTA EN TTO CON LOSARTAN 100MG, DM EN TTO CON METFORMINA 850MG. ACUDE POR CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. FAMILIAR REFIERE EPISODIO DE DELIRIO DONDE PACIENTE EN HORAS DE LA MADRUGADA HACE REFERENCIA A PERSONAS FALLECIDAS . TELEFONO 0990268151

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMOGLOBINA 12.2 G/DL HEMATOCRITO 38.1 % PLAQUETAS 291.000 GLUCOSA 92 MG/DL CREATININA 0.80 MG/DL COLESTEROL 190 MG/DL TRIGLICERIDOS 144 MG/DL AST 20 U/L ALT 22 U/L

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD | Z736   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-31 | 09:12 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |

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 clinico

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 |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-07-31 | 09:12 | Medicina Familiar Y Comunitaria | YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO | 1009-13-1216663 |       |