

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	BARRE	CARMEN TRINIDAD	21	02	1968	58 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0917624132	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	097-949-4237 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0917624132	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2026	06	16
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 CON ANTESCEDENTE DE HIPERTESNION, DIABETES Y TUBERCULOSIS PULMONAR. ACUDE A CONTROL GENERAL AL MOMENTO ACTIVA AFEBRIL, CON MOLESTIAS GENERALES, DOLOR EN TODAS LAS ARTICULACIONES DEL CUERPO, MAS TOS, HACE UN MES SE REALIZO ESPUTO, RESULTADO NEGATIVO. CON COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS ELEVADOS , RESULTADOS REPOSAN EN EL HOSPITAL. SE ENVÍA A MEDICINA INTERNA PORQUE PACIENTE HA PRESENTADO DISMINUCIÓN DEL CAMPO VISUAL EN OJO DERECHO, Y EN OJO IZQUIERDO VISIÓN TAMBIÉN SE ESTA PERDIENDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEGUERA OJO DERECHO, DIS MUNUCION CAMPO VISUAL OJO IZQUIERDO. CATARATA, HISTORIA FAMILIAR DE CEGUERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES OFTALMICAS	E113		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	12:31	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-06-16	12:31	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	