

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres  | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CALDERON         | PIN              | SOCRATES | 17                  | 04  | 1938 | 87 años, 7 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |          | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300239389        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ATAHUALPA y MALECON 5 DE MAYO | 098-797-1168 /      |
| 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                 | 1300239389                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                          |  |       | 13D07 / ZONA 4 |     |
|                     |                                          |                          |                                                      |                          |  |       |                |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                          |  | Fecha |                |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Geriatría y Gerontología |  | 2025  | 12             | 12  |
| 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 clínico

|                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTROL- ECNT AL MOMENTO ESTA CON PERDIDA DE LA MEMORIA DE MANERA PROGRESIVA- PRESENTA DOLOR EN LAS MANOS Y EN LOS PIES - SENSACION DE PESANTEZ- DISESTESIA EN MANOS Y PIES- DISNEA DE MINIMO ESFUERZO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTROL- ECNT AL MOMENTO ESTA CON PERDIDA DE LA MEMORIA DE MANERA PROGRESIVA- PRESENTA DOLOR EN LAS MANOS Y EN LOS PIES - SENSACION DE PESANTEZ- DISESTESIA EN MANOS Y PIES- DISNEA DE MINIMO ESFUERZO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA) | I119   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-12-12 | 14:03 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MARIO FABIAN CERCADO PLUAS</b><br/>Validar únicamente con Firm@EC</div> |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2025-12-12 | 14:03 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |