

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	DE LA CRUZ	COLON ELOY	10	10	1957	68 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1705303129	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA A CANUTO y	099-165-2141 /
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	1705303129	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2026	06	18	
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

HOMBRE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA 76% APP HTA CONTROLADA HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, CON TRAUMA MEDULAR -- CON SECUELA DE PARAPLEJIA, EN USO DE Sonda VESICAL PERMANENTE CON DEPENDENCIA PARCIAL ACTIVIDADES BASICAS DURANTE LA VISITA ESPOSA REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO DESIQUILIBRIO DE ELECTROLITOS Y NEUMONIA E INFECCION DE TRATO URINARIO EN CONTROL POR GERIATRIA HOSPITAL DE CHONE CON TRATAMIENTO ACTUAL LOSARTAN 50MG VOQ D TAMSULOSINA 4MG VO QD IPRATROPIO 2 PUFF TID, FLUTICAZONA 2 PUFF BID FOSFOMICINA 1GR/SEMANA 2 MESES . HOY ALERTA NORMOTENSO ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABORATORIOS HOSPITAL DE CHONE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	E878		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	15:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-06-18	15:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	