

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	ANZULES	RAMON EMILIO	17	10	1939	85 años, 2 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300931159	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA SEXTA y	098-096-0827 /
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	1300931159	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	01	01	
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 MADCULINO DE 85 A DE EDAD AP: HPB DESDE HACE 6A (TAMSULOSINA), AF: REFIERE QUE HERMANOS FALLECIERON POR FIBROSIS PULMONAR, HABITOS: TABACO PERO ABANDONO HACE AÑOS, ACUDE A UNIDAD ENCOMPAÑIA DE HIJAS LAS CUALES REFIEREN CUADRO CARACTERIZADO POR OLVIDOS, Y LA PRESENCIA DE ALUCINACIONES VISUALES LOS ULTIMOS DOS MESES (PRINCIPALMENTE VE INSECTOS), LO RELACIONAN A SITUACIONES ESTRESANTES. PACIENTE TAMBIEN REFIERE PRESENTAR INCONTINENCIA URINARIA(REBOSAMIENTO, PRESENTA GOTELO QUE NO PUEDE CONTROLAR) HACE TRES MESES. CAPACIDAD DE AUTONOMIA: PACIENTE REALIZA ACTIVIDADES DIARIAS POR SU CUENTA SIN PROBLEMA. AL EXAMEN FISICO DESTA CSPS:HIPERRESONANCIA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTA CSPS:HIPERRESONANCIA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES., SAT: 94%

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	R32X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-01	13:31	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-01	13:31	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

