

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO		MARIA DE JESUS	17	10	1930	94 años, 8 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	1301254098	MANABI	CHONE	SANTA RITA	24 DE MAYO y 24 DE JULIO	096-854-0207 /
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	1301254098	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	07	14
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 FEMENINA DE 94 AÑOS, APP: HTA (LOSARTAN 50MG QD), APF: NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA SALUD ACOMPAÑADA DE SU NIETA LA CUAL REFIERE CONSTIPACION, DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES DE 2 MESES DE EVOLUCION POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GERIATRIA.AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HG 13.30, HTO 40.70, PLAQ 199, NA 140.7, K 4.01, CL 100.6, CA 1.18, GLICEMIA EN AYUNAS 84.44, HBA1C 5.7%, UREA 27, CREAT 0.63, NITROGENO UREICO 12.71, ACIDO URICO 3.19, COLEST TOTAL 222.19, HDL 67.47, LDL 67.47, TRIGL 84.19, TGO 18.83, ALT 14.21, FOSF ALCALINA 50.15, EMO: LEU POSITIVO, SANGRE POSITIVO, C.EPITELIALES 6-8/CAMPO, PIO 25-30/CAMPO, HEMATIES 8-10/CAMPO, BACTERIAS +, MOCO+.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMATURIA, NO ESPECIFICADA	R31X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	14:34	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-07-14	14:34	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

