

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR		CARMEN PASTORA	19	10	1937	87 años, 4 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301349567	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AGUA POTABLE y	098-141-4262 /
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	1301349567	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Emergencia	Medicina Interna	2025	03	10
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 REFIERE QUE HA PRESENTADO DOLOR ARTICULAR DE GRAN INTENSIDAD CON DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, HABLA SOLA, FAMILIAR REFIERE QUE NO RECONOCE, ANTECEDENTE DE HTA, CONTROLADA CON LOSARTAN 100MG/D, ASPIRINA 100MG/D, REFIERE QUE NO HA TOMADO MEDICAICON PARA EL DOLOR, NIEGA FIEBRE, HA PRESENTADO DECAIMIENTO, INAPETENTE, DIFICULTAD PARA DEPOSICION UNA VEZ AL DIA, POCA DIURESIS. REFIERE ADEMAS EDEMA DE CARA Y DE MIEMBROS INFERIORES. REFIERE QUE EN ABRIL TIENE CITA CON GERIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON EDEMA PALPEBRAL Y DE MIEMBROS INFERIORES, DE UNA SEMANA DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE DELIRIO. VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA VALORAR REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACION. PACIENTE CONOCIDA POR SERVICIO DE GERIATRIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL	I120	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	14:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

