

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VIVAS	CLARO ALBERTO	12	08	1949	75 años, 3 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301552368	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA ARAY y CAEL 24 DE JULIO	099-211-0010 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301552368	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2024	11	22	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

EVOLUCIÓN: USUARIO ADULTO MAYOR QUE ACUDE POR REFERIR QUE DESEA REALIZAR EVALUACIÓN POR DISCAPACIDAD, REFIERE QUE FUE SOMETIDO A LA AMPUTACIÓN DE PRIMER DEDO DE PIE DERECHO EN EL AÑO 2022, ES DIABETICO HTA. PACIENTE ACTUALMENTE ACTUALIZADO DE HERNIA INGUINAL Y DESDE HAY TIENE PRURITO CORPORAL MAS EN LA NOCHE... NO A TOMADO NADA... SE ENVIA IVERMECTINA... EN LA INSPECCION SE EVIDENCIA UN NEVO EN PENE...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVÍA PARA ANALISIS Y LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PENE	C608	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-22	10:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAPE	L42 F40 N119	

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
2024-11-22	10:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAPE	L42 F40 N119	

