

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	SABANDO	FABIOLA ESTHER	28	08	1948	77 años, 11 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301711626	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CHILE y	096-313-5386 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301711626	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	08	06
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

MUJER DE 77 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CONTROLADA EN TRATAMIENTO CON OLMESARTAN MEDOXOMIL 20MG, VO BID, ESPRINOLACTONA 25MG VO QD INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA, CEGUERA MONOCULAR POR TRAUMA DE OJO IZQUIERDO HACE 2 AÑOS, DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA EN TTO CON METFORMINA+SITGLIPTINA 1000MG/100MG VO QD. EMPAGLIFOZINA 25MG VO QD AM CON TRASTORNO DEL SUEÑO CON TTO ACTUAL CLONAZEPAM 2.5MG 5 GOTAS VO HS, CON CUADRO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RETENCION DE LIQUIDOS A NIVEL DE ABDOMEN Y MIEMBROS INFERIORES FAMILIAR REFIERE COMO EFECTO ADVERSO DE FARMACO (NO REFIEREN). CON USO ACTUAL DE FUROSEMIDA 40MG VO QD AM CON SINTOMATOLOGIA CONSTANTE DE POLIDIPSEA, POLIUREA y ANOREXIA, SE OBSERVA LEVE SARCOPENIA, PÉRDIDA DE PESO, CON CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO Y DE HUMOR SIN LLEGARA A LA AGRESION FISICA, CON CUADRO DE DEPRESION DE CRISIS NO NORMATIVA FALLECIMIENTO DE HIJOS, NEGACIÓN DE TOMAR MEDICACIÓN POR MANIFESTAR QUE LA TERAPÉUTICA LE CAUSA DAÑO. CON ESCALA DE BARTHEL 75 PUNTOS (BARTHEL MODIFICADO 15 PUNTOS) DEPENDENCIA MODERADA DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA. REALIZA DIURESIS Y DEPOSICIONES EN RETRETE, DEAMBULA SIN AYUDA TECNICA. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN; PRESENCIA DE VENAS DILATADAS NO DOLOROSO, SUAVE, POCO GLOBULOSO, RHA PRESENTES. EXTREMIDADES SUPERIORES MULTIPLES LESIONES PURPURICAS TIPO EQUIMOSIS A NIVEL DE BRAZOS Y ANTEBRAZOS SUGESTIVAS DE FRAGILIDAD CAPILAR Y XEROSIS, NO SE VIDENCIA SANGRADOS ACTIVO EN SITIO DE LESIONES. EXTERMIDADES INFERIORES NO SE EVIDENCIA EDEMA, PULSOS DISTALES Y PEDIOS PRESENTES HOY PACIENTE ALERTA, COLABORA POCO CON INTERROGATORIO ORIENTADA EN PERSONA NO EN TIEMPO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	G479		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-06	12:11	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