

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	PARRAGA	GLADYS MARIA	20	04	1956	69 años, 10 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302315880	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ULPIANO PÁEZ y BARRIO SA FELIPE	999-999-9999 /
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	1302315880	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		2026	02	23
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

FEMENINA DE 69 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJA, APP: HTA, DIABETICA. APQ: OPERACIÓN CATARATA; PACIENTE REFIERE DEBILIDAD Y FRAGILIDAD DEBIDO A LA EDAD, PCIENTE REFIERA A INICIO DE FEBRERO HABER SUFRIDO CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA POSTERIOR DE HABER ACUDIDO AL BAÑO, PACIENTE NIEGA OTRA MOLESTIA, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO SE OBSERVA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FEMENINA DE 69 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJA, APP: HTA, DIABETICA. APQ: OPERACIÓN CATARATA; PACIENTE REFIERE DEBILIDAD Y FRAGILIDAD DEBIDO A LA EDAD, PCIENTE REFIERA A INICIO DE FEBRERO HABER SUFRIDO CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA POSTERIOR DE HABER ACUDIDO AL BAÑO, PACIENTE NIEGA OTRA MOLESTIA, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO SE OBSERVA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO	G318	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	14:48	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-02-23	14:48	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

