

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	ARTEAGA	DOLORES EDITH	23	03	1956	68 años, 6 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302403264	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	098-036-8994 /
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	1302403264	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2024	10	17
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

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA A PACIENTE FEMENINO DE CON 83% DE DISCAPACIDAD FISICA, APP: CA DE COLON (LLEVA CONTROLES EN SOLCA), COLOSTOMIA (2021), HTA, DM INSULINO DEPENDIENTE (8U), VARICES, IAM EL AÑO PASADO. APQX: CATETERISMO CARDIACO EL AÑO PASADO. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE DOLOR VULVAR, E HINCHAZON EN PIES Y SENSACION DE AHOGO. A LA INSPECCION SE ENCUENTRA FASCIES CAQUECTICA, PALIDEZ, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (FOVEA +), GRAN EDEMA VULVAR. CSPS: ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS, RSCS: HIPOFONETICOS. BOLSA DE COLOSTOMIA EN BUEN ESTADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CA DE COLON, IAM Y CATETERSIMO CARDIACO HACE 1 AÑO. PRESENTA CUADRO DE DISNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, VULVA, CSPS: ESTERTORES EN BASES, RSCS: HIPOFONETICOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EDEMA, NO ESPECIFICADO	R609	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	20:22	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-10-15	20:22	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

