

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	BRAVO	MARIA TEODORA	30	10	1949	76 años, 7 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	1302493976	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	JUAN MONTANVO y RICAUTER	000-000-0000 /
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	1302493976	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	06	23
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

PREVIA COORDINACIÓN CON FAMILIAR DE PACIENTE, SE VISITA DOMICILIO ENCONTRANDOCE PACIENTE EN COMPAÑIA DE OTRO ADULTO MAYOR; PACIENTE CON APP DE HTA CONTROLADA (NO MENCIONA QUE MEDICACIÓN USA) EN SILLA DE RUEDAS, AL REALIZAR PREGUNTAS SOBRE SUS ANTECEDENTES PACIENTE MUESTRA ORIENTACIÓN, COLABORA CON INTERROGATORIO, FAMILIAR MENCIONA QUE ANTES PACINEET RECIBÍA BONO Y QUE YA LE HAN RETIRADO, ADEMAS MUESTRA LABORATORIOS REALIZADOS EL MES PASADO EN DONDE SE EVIDENCIA CUADRO HIDROELECTROLITICO (HIPONATREMIA) RESUELTO EN EL MOMENTO DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS (SOMNOLENCIA, DEBILIDAD, LETARGO), DURANTE VISITA PACIENTE SE MUESTRA ALGICA DE EXTREMIDADES SUPERIORES. MENCIONA QUE SE REALIZÓ DÍAS ANTERIORES ESTUDIO DE IMAGEN EN PORTOVIEJO (MAMOGRAFIA?) PERO QUE EL RESULTADO SE ENCONTRABA TODO EN ORDEN. TELEFONO 0987364677
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SENILIDAD	R54X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	14:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-23	14:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

