

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SOLORZANO        | SANTANA          | JACINTO HEROISMO | 25                  | 04  | 1951 | 73 años, 7 meses, 28 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303227126        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | VIA CHONE BOYACÁ y SN        | 099-478-0496 /      |
| 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                 | 1303227126      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                          |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Geriatría y Gerontología |  | 2024  | 12  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad             |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTO MAYOR DE 73 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EDEMA Y ERITEMA PALPEBRAL EN OJO IZQUIERDO DONDE ADEMAS SE EVIDENCIA MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN EL MISMO OJO Y REFIERE QUE EN OJO DERECHO OBSERVA RAYAS , REFIERE FRAGILIDAD EN EXTREMIDADES INFERIORES Y SUPERIORES QUE SE ACOMPAÑAN CON DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD POR TAL MOTIVO SE DECIDE EMPEZAR TRAMITES DE REFERENCIA PARA MEJOR MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EDEMA Y ERITEMA PALPEBRAL EN OJO IZQUIERDO DONDE ADEMAS SE EVIDENCIA MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS EN EL MISMO OJO Y REFIERE QUE EN OJO DERECHO OBSERVA RAYAS . FRAGILIDAD EN EXTREMIDADES INFERIORES Y SUPERIORES QUE SE ACOMPAÑAN CON DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES | H55X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-23 | 12:16 | Medicina Rural | ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY | 1315357176 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-12-23 | 12:16 | Medicina Rural | ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY | 1315357176 |       |

