

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	BRAVO	AGAPITA CERVILIANA	01	10	1944	81 años, 4 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303711947	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN RAFAEL y C	093-988-3198 /
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	1303711947	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2026	02	09	
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

PACIENTE ADULTA MAYOR DE 81 AÑOS *** APP: HIPOTIROIDISMO (EUTIROX 75 MCG) + DIABETES (NOVOLIN 20 UI Y 10 UI) + HIPERTENSION (ATORVASTINA) + OBESIDAD + LITIASIS VESICULAR *** APF: HIJO (DM + HTA) *** AA: NR *** PACIENTE EN CONTROL CON GERIATRA EN HNDC, ***** INDICA PIROSIS, Y SENSACIÓN DE REFLUJO Y MAL SABOR DE BOCA, LEVE DISTENSION ABDOMINAL. NO PUEDE COMER LACTEOS O ACIDOS. ***** FAMILIAR REFIERE QUE SUFRIÓ CAÍDA DE SU ALTURA, FUE ENCONTRADA POR FAMILIARES, CON RELAJACIÓN DE ESFINTER URINARIO, HABITA SOLA SOLO UN FAMILIAR LE ACOMPAÑA PARA DORMIR,NO RECUERDA NADA DE LA CAÍDA NI COMO SE CAYO, ADEMAS INDICA FAMILIAR QUE VIENEN PRESENTANDO LAGUNAS MENTALES QUE LE HAN COMENTADO ES POR ATROFIA EN ZONA CORTICAL DEL CEREBRO- INDICA ADEMAS QUE NO CONCILIA ADECUADAMENTE EL SUEÑO POR LAS NOCHES, Y LA NOCHE DE AYER PRESENTO TEMBLOR NOCTURNO QUE NO SE CONTROLABA VOLUNTARIAMENTE.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENVIADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SENILIDAD	R54X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	13:18	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-09	13:18	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

