

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	PONCE	RAMONA TERESA	11	11	1940	85 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304358300	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV AMAZONAS y	098-403-5972 / (99)-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	1304358300	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	04	07
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

F 84A. APP: HTA (LOSARTAN 100MG). APF: NR. APQX: CATARATAS (2015). AA: NR. ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA A GERIATRIA. FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SE ENCONTRABA EN SEGUIMIENTO POR GERIATRIA DEBIDO A SUS PATOLOGÍAS DE BASE, REFIEREN ADEMÁS PRESENCIA DE COLELITIASIS , AL MOMENTO SIN COMPLICACIONES. INTERROGATORIO MENCIONA PARESTESIAS EN MI, QUE SE ACOMPAÑAN DE DOLOR Y CALAMBRES. AL EX. FÍSICO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE INSUFICIENCIA VASCULAR - CAMBIOS EN LA PIGMENTACIÓN DE LA PIEL, VARICES Y PERDIDA DE PELO EN MI. DESTACA ADEMÁS PERDIDA DE LA AUDICIÓN BILATERAL, DE PREDOMINANCIA DERECHA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR GERIATRIA PARA VALORACIÓN INTEGRAL POR HIPOACUSIA BILATERAL, PARESTESIAS, INSUFICIENCIA VENOSA, FAMILIARES MENCIONAN QUE MÉDICO SOLICITA REFERENCIA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	Z918		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	08:26	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-07	08:26	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

