

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	MECIAS	ALBA CONCEPCIÓN	06	07	1943	81 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304527656	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO APLICA y	0980633327
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	1304527656	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría	2025	01	15	
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

PACIENTE GERIATRICO DE 81 AÑOS APP: HTA TRATADA CON LOSARTAN DE 50MG, DM CONTROLADA CON empagliflozina 10MG, DEMENCIA SENIL. APQ: ORIF HACE 11 MESES POR FRACTURA DE TROCANter DE FEMUR DERECHO, ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADA DE HIJA ACUDE A ESTE CENTRO MÉDICO POR PRESENTAR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DONDE SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA HACE 11 MESES DEBIDO A CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA Y TUVO FRACTURA DE FÉMUR, HA PRESENTADO DISMINUCIÓN DE FUERZA EN DICHO MIEMBRO LO QUE HA CAUSADO QUE PIERDA ESTABILIDAD PARA MANTENERSE PARADA O CAMINAR.

PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, GLASGOW 15/15. CABEZA NORMOCEFALICA, CABELLO DE IMPLANTACION NORMAL, NO MASAS. OJOS: PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS. OREJAS: DE IMPLANTACION NORMAL, NO SALIDA DE SECRECIONES. NARIZ: DE IMPLANTACION NORMAL, FOSAS NASALES PERMEABLES, NO SALIDA DE SECRECIONES. BOCA: MUCOSAS ORALES HUMEDAS, HIDRATADAS, FARINGE Y AMIGDALAS NO ERITEMATOSAS. CUELLO MOVIL, SIMETRICO, NO ADENOPATIAS NI MASAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, NO USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS, NO SOPLOS NI RUIDOS SOBREAÑADIDOS. ABDOMEN SUAVE, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RHS PRESENTES, A LA PALPACION NO IMPRESIONA DOLOR, NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SINTOMATOLOGIA DE MIGRAÑA CON AURA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA PERTROCANTERINA	S721		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-15	09:25	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

Firmado electrónicamente por:
HELGA ARACELLY
CORONEL TUTIVEN

Firmado electrónicamente por:
DANA MILENA
MOREIRA
VELASQUEZ

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefieri 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