

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	WAGNER WASHINGTON	22	04	1955	69 años, 10 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304540147	MANABI	CHONE	CONVENTO	SAN ANDRES y	098-556-5924 /
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	1304540147	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	03	19
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 DE 69 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, ALERGIAS NIEGA. APQX NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR HIPERHIDROSIS. TENSIÓN ARTERIAL ACTUAL 160/100 MMHG. AL MOMENTO PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN SUS ESFERAS NEUROLÓGICAS, COLABORATIVO CON EL INTERROGATORIO. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMOCEFALICA, MUCOSAS HUMEDAS. OJOS: PUPILAS REACTIVAS NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES BOCA: OROFARINGE NO PATOLÓGICA OÍDOS: PERMEABLES CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO. CS PS CLAROS Y VENTILADOS. RSCS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS. SIN ADENOPATIAS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL Y/O PROFUNDA RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES SUPERIORES SIN PATOLOGÍA. EXTREMIDADES INFERIORES SIN PATOLOGÍA. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR DERMATOLOGÍA. SE INDICA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR 7 DÍAS Y REVALORACIÓN CON REGISTROS POR TENSIONES ARTERIALES ELEVADAS. SE RECOMIENDA ALIMENTACIÓN SALUDABLE E HIGIENE PERSONAL DIARIA. CONTROL POSTERIOR EN 7 DÍAS EN EL CENTRO DE SALUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERHIDROSIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERHIDROSIS, NO ESPECIFICADA	R619	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	15:23	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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
2025-03-19	15:23	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

