

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	CUSME	ROSA INES	04	09	1960	65 años, 2 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	1304550351	MANABI	CHONE	RICAUARTE	EUGENIO ESPEJO y	098-821-5034 /
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	1304550351	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	12	01
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 65 AÑOS CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON CARVEDILOL 12.5 MG UNA VEZ AL DÍA Y ARTROSIS DE COLUMNA CERVICAL Y CADERA, QUIEN ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD (EVA 7/10) DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, DE LOCALIZACIÓN OCCIPITAL Y, EN OCASIONES, HOLOCRANEANA, DE CARÁCTER INTERMITENTE Y SIN CAUSA APARENTE. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PTERIGIÓN EN EL CUADRANTE INFERIOR INTERNO DEL OJO IZQUIERDO, POR LO QUE SE DECIDE REFERIR A NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA PARA VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA, CON EL FIN DE DESCARTAR CAUSAS SISTÉMICAS O HIPERTENSIVAS ASOCIADAS A LA CEFALEA Y, POSTERIORMENTE, DEFINIR DERIVACIÓN AL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA PARA MANEJO ESPECÍFICO DEL PTERIGIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EF: PTERIGION EN CUADRANTE INFERIOR INTERNO DEL OJO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PTERIGION	H110		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	10:35	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-12-01	10:35	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

