

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORRAL	INTRIAGO	MICHAEL POLICARPO	31	01	1965	61 años, 4 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304554502	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y SN	098-032-7988 /
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	1304554502	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	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	06	23
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 MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD *** APP: DIABETES MELLITUS TIPO II (INSULINA + GLUCCID 1GR) + SECUELA ECV + DISCOS INTERVERTEBRALES DESVIADOS *** APF: MAMA (HTA + DM II) *** APQ: HERNIA INGUINAL LADO IZQUIERDO *** AA: NO REFIERE ____ ACUDE POR PERSISTENCIA DE PRESIONES SUPERIORES A 140/80 MMHG A PESAR DE ESTAR CON MEDICACIÓN ANTI-HIPERTENSIVA, QUE TIENE UN DOLOR OPRESIVO EN EL PECHO LEVE. COMENTA QUE EL DOCTOR PARTICULAR LE REFIERE QUE ESTÁ BIEN PARA LA EDAD QUE TIENE QUE CUENTE CON ESE TIPO DE PRESIONES. AÑADE TOS NO PRODUCTIVA, HALITOSIS, EPIFORA Y SECRECION CONJUNTIVAL. AL MOMENTO COLABORADOR, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APYO PARA ANEXO 002

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	M519		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	10:37	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-06-23	10:37	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	