

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1304600289	1304600289					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	VERA	URANIA	ELENA	F	31/10/1935	90	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0979781833 / 0981729877		X	MOTIVO							
/		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios Y FALTA DE MEDICAMENTOS.		X		
				5. Problemas de infraestructura.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GERIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA MAYOR DE 90 AÑOS, CON APP DE HTA, DM2. CON COMPLICACIONES OFTÁLMICAS Y NEUROPÁTICAS... LLEVA TTO CON INSULINA NPH. LOSARTAN, AMLODIPINO Y ESTATINAS...

TA: 170/ 100mmHg, REFIERE QUE NO HA ESTADO TOMANDO SUS MEDICAMENTOS POR QUE NO HAY EN EL CENTRO DE SALUD... SE INDICA Ex. DE Lab. EKG, ECG, MAPA HOLTER. HbA1c. Y

AHORAS ES TRAÍDA POR SUS FAMILIARES PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ELLO SE REFIERE A II NIVEL PARA SU ADECUADA VALORACIÓN Y LLENADO DEL ANEXO 002.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE CONCIENTE Y ORIENTADA EN T. E. P. ES TRAÍDA EN SILLA DE RUEDAS... AL MOMENTO REFIERE DISMINUCIÓN SEVERA DE LA AGUDEZA VISUAL

TA: 170/ 100mmHg, REFIERE QUE NO HA ESTADO TOMANDO SUS MEDICAMENTOS POR QUE NO HAY EN EL CENTRO DE SALUD... SE INDICA Ex. DE Lab. EKG, ECG, MAPA HOLTER. HbA1c. Y

REFERENCIA A II NIVEL PARA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA.

Requiere ayuda para realizar algunas de las Actividades de la Vida Diaria con 35 puntos por Índice de Barthel (Dependencia moderada)

E. DIAGNÓSTICOS				CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	DEFICIENCIA VISUAL MODERADA, BINOCULAR	H542		X	4	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA C	I110	X		
2	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACION	E103		X	5	ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NC	R268		X	
3	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X	6	SENILIDAD	R54X		X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/01/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		