

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	MENDOZA	YURY DAGOBERTO	15	05	1966	58 años, 10 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304625310	MANABI	CHONE	CONVENTO	SITIO GASPAR y SITIO GASPAR	0960562418 / (99)-999-9999
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	1304625310	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	18
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 ACUDE CONTROL MÉDICO DE RUTINA. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION POR PRESENCIA DE ULCERA INFECTADA EN REGION DEL MUSLO DERECHO DOLOROSA REFIERE PRURITO. AL MOMENTO AFEBRIL, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CS PS VENTILADO RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMA. SE INDICA . MEDIDAS GENERALES, DICLOXACILINA 500MG CADA 6 HORAS POR 5 DIAS DICLOFENACO 50MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS ASESORÍA EN NUTRICIÓN, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, N, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA A SERVICIO DE DERMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ULCERA INFECTADA EN PIERNA DERECHA PESE A TRATAMIENTO LESION SIGUE IGUAL SE INDICA REFERENCI A SERVICIO DE DERMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ULCERA DE MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	L97X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	08:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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

