

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VEGA	CEVALLOS	LEONOR DEL ROCIO	04	09	1963	60 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305228759	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SABANA NUEVA y	098-552-8565
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	1305228759	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2024	08	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ACUDE AL CONTROL DE ECNT (HTA) POR PRIMRA VEZ EN EL MSP, HA LLEVADO CONTROLES Y CITAS MEDICAS POR PARTE DEL IESS, REFIERE CEFALEA RECURRENTE, A FEBRIL, ADEMAS MENCIONA EN SITIO DE HERIDA QUIRURGICA POR EXERESIS DE MIOMA SALIDAD DE LIQUIDO RECURRENTE CLARO DE POCA CANTIDAD ULTIMO EPISODIO HACE 15 DIAS, ANTECEDENTE DE ECV HACE 6 AÑOS, CON EVIDENCIA DE PARALISIS FACIAL IZQUIERDO, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE COMPLICACIONES DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, NO CLASIFICADAS EN OTRAS PARTE	T983		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-29	16:15	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2024-08-29	16:15	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	