

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	HIDALGO	AURORA CECILIA	08	12	1956	68 años, 8 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	1306203645	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 6 DE DICIEMBRE y PRIMERA ETAPA	099-756-5776 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306203645	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	09	02
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 FEMENINA DE 68 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL EN EL OJO DERECHO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, REFIRIENDO VISIÓN BORROSA, DIFICULTAD PARA LEER Y REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS, ADEMÁS DE DESLUMBRAMIENTO EN AMBIENTES BRILLANTES Y CAMBIOS FRECUENTES EN LA GRADUACIÓN DE SUS LENTES; AL EXAMEN OFTALMOLÓGICO SE OBSERVA OPACIFICACIÓN DEL CRISTALINO EN OJO DERECHO + PERDIDA VISUAL DE CAMPO TEMPORAL DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COPROLOGICO: H. PYLORI; NEGATIVO, SANGRE OCULTA EN HECES: NEGATIVO. PARASITOS: IODOMOEBA BUTSCHLII QUIATES (++), BLASTOCYSTIS HOMINIS QUISTES (+)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CATARATA SENIL INCIPIENTE	H250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-02	09:01	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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