

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	MENDOZA	ESPERANZA DE LA O	20	04	1966	59 años, 5 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306205301	MANABI	CHONE	RICAU RTE	AGUA BLANCA y	/ (11)-111-1111
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306205301	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Oftalmología	2025	09	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 DE 59 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA 75MCG, HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN DE 50MG, OSTEOPOROSIS Y ARTROSIS, TRATADA CON HIDROXICLOROQUINA. AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR XEROSTOMIA, AUTOMEDICADA CON SALIVA ARTIFICIAL, ADEMÁS REFIERE INFECCIONES RECURRENTES DE VIA AEREA SUPERIOR. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, NORMOHIDRATADA, SE EVIDENCIA BOCA POCO HUMEDECIDA, PULMONES CON BUENA ENTRADA DE AIRE, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES. RESTO DE EXAMEN FÍSICO NORMAL. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN CONTROL CON REUMATOLOGIA. PACINETE CON DEGENERACION MACULAR EN FONDO DE OJO REFIERE DOLOR A NIEL OCULAR DERECHO ADEMÁS DE LAGRIMEO CONSTANTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	H353	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-23	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-09-23	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

