

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	SANTANA	ROSA ANTONIA	01	11	1930	93 años, 10 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306207257	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE 7 DE AGOSTO y CALLE MERCEDES	0988174528 / 052361141
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	1306207257	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha	
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2024	09 20
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

PACIENTE AL CONTROL MEDICO SUFRE DE DEMENCIA LEVE REFIERE EL FAMILIAR, ADEMAS TIENE UNA CRISIS NO NORMATIVA DE FALLECIMIENTO DE UNA HIJA... PACIENTE TIENE SU GRADO DE DISCAPACIDAD Y FRAGILIDAD, PACIENTE TIENE UNA ATENCION MULTIDICIPLINARIA PERO A PERDIDO TURNO. ES HTA, Y REQUIERE UN CONTROL DE SEGUIMIENTO EN SEGUNDO NIVEL, PACIENTE FRACTURA DE FÉMUR LADO DERECHO SIN CAYO OSEO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0959580259..... SE ENVÍA A SU SEGUIMIENTO...
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DELIRIO, NO ESPECIFICADO	F059		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

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
2024-09-20	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	