

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEVALLOS	MELIDA ISABEL	30	06	1969	56 años, 6 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306227107	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE LILA MANSILLA y	099-484-4054 /
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	1306227107	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2026	01	29
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 56 AÑOS CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE DIABETES MELLITUS (NEUROPATÍA DIABÉTICA) TRATADA CON METFORMINA DE 500 MG, HEPATITIS CRÓNICA AVANZADA. APQX: GLAUCOMA + CATARATAS HACE DOS AÑOS CON PÉRDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL EN EL OJO DERECHO. COLECISTECTOMÍA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITAR CARNET DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PIERNA DERECHA: LESIÓN CIRCULAR A NIVEL DEL TERCIO MEDIAL DE LA TIBIA. PIE DERECHO: PULGAR DERECHO SE OBSERVA AUSENCIA DE FALANGE DISTAL. DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA. FUERZA CONSERVADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E145		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	12:17	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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 clínico

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
2026-01-29	12:17	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	