

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SILVA	BERMEO	CARMEN RAMONA	17	08	1956	68 años, 3 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	1306244169	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SESME 1 y SN	098-060-4790 / (00)-000-0000
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	1306244169	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2024	12	05
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 DE EDAD, CON MULTIPLES COMORBILIDADES PATOLÓGICAS INCLUYENDO DISCAPACIDAD FISICA (NO DEAMBULA) FAMILIAR (HIJA) ACUDE AL CENTRO DE SALUD SOLICITANDO INICIAR EL PROCESO DE RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD POR MULTIPLES PATOLOGIAS. ANTECEDENTES DE DIABETES DESDE HACE 15 AÑOS TRATADA CON INSULINA 24 UI CADA DIA E HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 15 AÑOS TRATADA CON LOSARTAN DE 50 MG. PACINETE NO TIENE CONTROLES ADECUADOS DE SU PATOLOGIA. PRESENA CUADROS DE HIPOGLICEMIA Y REFIERE RETENCION DE LIQUIDOS SIN EMBARGO NO PRESENTA PARACLINICOS YA QUE REALIZA ATENCIONES EN EL IESS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE INMOVILIDAD (PARAPLEJICO)	M623		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-05	08:54	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
2024-12-05	08:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	