

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CHICHANDA        | VARGAS           | ENMA MARIA | 01                  | 07  | 1972 | 53 años, 9 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306365048        | MANABI              | PICHINCHA | PICHINCHA | BIJAHUAL y 0                 | 099-020-0860 /       |
| 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                 | 1306365048                               | PICHINCHA                | CENTRO DE SALUD TIPO B |                | 13D08 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Terapia Fisica | 2026           | 04  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad   | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE AÑOS DE 53 EDAD QUE PRESENTA HTA DETECTADA HACE 10 AÑOS +-..... CUADRO CLÍNICO: NO CEFALEA, NO MAREO, NO TINITUS, NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NO ORTOPNEA, NO DISNEA NOCTURNA PAROXÍSTICA, NO DISNEA DE MEDIANOS O GRANDES ESFUERZOS, NO PALPITACIONES, NO SOFOCOS, NO PULSACIONES NO SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN. NO DAÑO AL ÓRGANO BLANCO, NO REFIERE SÍNTOMAS ADVERSOS AL TOMAR SU MEDICACIÓN..... CON EL SIGUIENTE PLAN TERAPEUTICO: LOSARTAN 100MG AL MOMENTO DE LA CONSULTA: PACIENTE CON PRESION ARTERIAL ALTA SE AUMENTA AMLODIPINO 5MG CADA DIA PARA CONTROL PRESENTA LESION RADIAL POR LO SE PASA A ESPECIADLIAD |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| NA |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE QUERVAIN] | M654   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-04-27 | 10:51 | Medicina Familiar Y Comunitaria | EDGARDO JUVENAL ALAY MERO | 1310535131 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-04-27 | 10:51 | Medicina Familiar Y Comunitaria | EDGARDO JUVENAL ALAY MERO | 1310535131 |       |