

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	MEDINA	BARON EDILBERTO	24	11	1966	58 años, 8 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306452747	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARAO y CIUADAELA JARDINES DEL INCA	098-681-5282 / (98)-681-5282
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	1306452747	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	08	04
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 CON APP HTA ACUDE A CONTROL MEDICO INDICA HABER PRESENTADO DOLOR DE HOMBRO DE LARGA . AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO CEDE CON AINES SE EXCERBA AL REALIZAR MANIOBRA CON OBJETOS PESADOS. PACIENTE REFIERE QUE MANTIENE FOTOPSIA EN OJO DERECHO Y REFIERE QUE VE UNA MANCHA NEGRA EN SU VISIÓN CENTRAL, PRESENTA DIFICULTAD PARA VER Y RECONOCER CARAS EN OCASIONES, PERDIÓ SU OJO IZQUIERDO HACE 8 AÑOS DEBIDO ACCIDENTE LABORAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEGENERACIÓN MACULAR.

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
2025-08-04	08:44	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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