

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	CUSME	JACINTO DAVID	03	05	1940	85 años, 6 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306528660	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y DIVINO NIÑO	099-736-2895 / (99)-999-9999
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	1306528660	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	11	12
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 QUE ACUDE PARA REVSION DE ECOGRAFIA ABDOMINA PELVICA, ADEMAS REFIERE POLIARTALGIA CORNICA MAS ACENTUADO EN REGION DE HOMBROS Y CREVICAL, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, CONCIENTE CONGRUENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA PELVICA: VEJIGA DISTENDIDA DE FORMA NORMAL, SIN PATOLOGIA EN SU INTERIOR, RIÑOS DERECHO NO VALORABLE, RIÑON IZQUIERDO NORMAL, PROSTATATA 43 MM X 54 MM, DE CONTORNO REGULAR ASPECTO HOMOGENEO, CON CALCIFICACIONES PERIURETRALES, VOLUMEN 52 CM3, PSA 6.3 CM3, PESO 47 GR (HIPERTROFIA GRADO 2)

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PROSTATA, NO ESPECIFICADA		N419		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	08:44	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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