

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHALACAMA	COLT	PRICILIANA AUXILIADORA	04	01	1949	77 años, 4 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306530021	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COTOPAXI y MALECON	096-972-0692 /
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	1306530021	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	05	14
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 76 AÑOS DE EDAD , SEXO MUJER CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100 MG QD Y DIABETES MELLITUS CON COMPLICACIONES MULTIPLES, INSULINOREQUERIENTE 20 UI AM Y 10 PM CON CONTROL Y VIGILANCIA CON GERIATRIAPACIENTE SE ACUERDA EN ESTUDIO POR SOSPECHA DE OTRAS PATOLOGIAS POR LO MEDICO GERIATRIA LA CUAL LE SOLICITA A LA PACIENTE ACERCARSE AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO A SOLICITAR UNA REFERENCIA PARA PODER CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIO. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, CON DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y DISMINICION DE SENSIBILIDAD EN MIENBROS INFERIORES. SE REALIZA REFERENCIA PARA CONTINUAR CON SEGUIMIENTO POR GERIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	E117		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	14:43	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-05-14	14:43	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

