

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	VELIZ	ROSA DELFINA	15	09	1946	78 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306813815	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y EMILIO HIDALGO	097-928-0879 / (05)-236-0189
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	1306813815	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	08	19
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 CON APP DE HTA TRTADA CON IBESARTAN - HTZ - CARVEDILOL 6.25 QD REFIERE HABER ESTADO HOSPITALIZADA EN AREA DE UCI POR PRESENTAR SEPSIS DURANTE 6 DIAS . REFIERE PACIENTE PRESENTAR DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS .- CONSTIPACION DE LARGA DATA- LUMBAGO- PACIENTE CON LIMITACION A REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS DE LA VIDA . VALORACION Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA: Glucosa ¿ 150.3 mg/dL 70 - 110 Urea 19.25 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.75 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.78 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 186.0 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos ¿ 224.4 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 27.80 U/L 0 - 31 TGP/ALT ¿ 39.16 EMO: Color Amarillo Aspecto Ligeramente Turbio Densidad 1015 pH 6.5 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 1 - 2 / Campo Píocitos 2 - 3 / Campo Células Epiteliales 10 - 13

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	 Firmado electrónicamente por: LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO Validar únicamente con FirmaEC

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	