

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	TUAREZ	BARTOLA EVANGELISTA	25	03	1970	54 años, 10 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306857796	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y	098-129-0586 /
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	1306857796	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2025	01	28
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 FEMENINA DE 54 AÑOS. DIRECCIÓN CASA GRANDE. TELEFONO 0998012449/0963935969. APP DIABETES, HTA DIAGNOSTICADA HACE 8 AÑOS (NO RECUERDA NOMBRE DE MEDICACION NI DOSIS). HOSPITALIZADA EN NOVIEMBRE DEL 2024 CON DIAGNOSTICO DE ABSCESO Y CELULITIS DE TEJIDOS BLANDOS. APF DIABETES E HTA. ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. COLABORADORA, GLASGOW 15/15. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI REUROLOGICA DE RELEVANCIA. PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA QUE SUGIERE CONTINUAR CONTROLES POR PARTE DE MEDICINA INTERNA. SE REALIZAN LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES PARA LA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 7.3, LINFOCITOS 0.7, NEUTROFILOS 0.6, HB 12.4, HTO 38.4, VCM 83.0, PLAQUETAS 284
UROANALISIS: BACTERIAS +++, PIOCITOS 15-20, LEUCOCITOS POSITIVO, NITRITO POSITIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	L039		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	09:34	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-01-28	09:34	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

