

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑARRIETA	MUÑOZ	ANGELA PASCUALINA	26	03	1952	72 años, 8 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307005882	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	A y	096-858-6284 /
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	1307005882	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	Consulta externa	Cirugía General	2024	11	28
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

FEMENINA DE 72 AÑOS DE EDAD. APP: ECV HEMORRAGICO HACE 9 MESES RESOLUCION EN UCI- TIEMPO DE INTERNACION 2 MESES CON SECUELA DE PARALISIS DEL HEMICUERPO DERECHO-HTA EN TTO CON LOSARTAN DE 100 MG-ARTROSIS SIN CONTROLES CON ESPECIALIDAD. AQX: TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA-ALERGIA: NO REFIERE-AGO: G4A0P3C1. PACIENTE ES TRAI DO POR FAMILIARES- QUIENES INDICAN-CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARCATERIZADO POR SECRECION SANGUINO PURULENTA POSTERIOR A DES USO DE GASTROSTOMO-ADEMAS PACIENTE REFIERE DOLOR Y PRURITO EN LA MISMA ZONA DEL EQUIPO. FAMILIARES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

evaluación y limpieza...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COMPLICACION NO ESPECIFICADA DE DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO INTERNO	T859		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	15:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

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
2024-11-28	15:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	