

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRERA	ANDRADE	MARIANA DEL SOCORRO	18	04	1943	82 años, 10 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307116812	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CALLE CONCHQ Y ENTRADA AL CALLEJON OSCURO	098-769-3455 / (98)-810-5427
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	1307116812	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	2026	03	10
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 82 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS, CON TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 16UI AM, HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG, CARVEDILOL 3.25 MG, PACIENTE AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD A NIVEL DE FLACO DERECHO, ADEMAS EN OCASIONES PRESENTA DEBILIDAD GENERALIZADA, PRESENTA MALESTAR A NIVEL ABDOMINAL COMO DISPEPSIA, CAMBIOS A NIVEL INTESTINAL. INDICA QUE FUE HOPSITALIZADA POR UN CUADRO DE NEUMONIA POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESPECIALIDAD
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	 Firmado electrónicamente por: ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA 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
2026-03-10	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

