

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RISCO	LAURA HERLINDA	30	01	1973	51 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307609691	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-203-5608 /
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	1307609691	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	Otorrinolaringología	2025	01	06
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 FEMENINA DE 51 AÑOS QUE ACUDE A CITA CONTROL, TIENE ANTECEDENTE DE HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 50 MG Y DM2 METFORMINA 500 MG. AL MOMENTO REFIERE MOLESTIA POR TORUS PALATINO, DISNEA, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES. PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SE AUSCULTAN ESTERTORES CREPITANTES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. SE REALIZO EXAMENES DE LABORATORIO HOY EN EL HOSPITAL, PENDIENTE TRAERLOS EN LA SIGUIENTE CITA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TORUS PALATINO DE 3 CM QUE PRESENTA MOLESTIA, DOLOR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PALADAR	C058	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	13:34	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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 clínico

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