

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTES	SOLORIZANO	JACINTO CARMELO	01	12	1956	68 años, 10 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309139440	MANABI	CHONE	RICAUARTE	DIBUJADA y	/ (99)-999-9999
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	1309139440	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	10	22
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 MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU HIJA POR PRESENTAR ÚLCERAS EN AMBAS PIERNAS. SE RECABAN EXÁMENES DE LABORATORIO QUE REPORTAN: RECuento DE GLÓBULOS ROJOS 3.57, HEMOGLOBINA 9.1, HEMATOCRITO 29.2, HCM 25.5 Y CREATININA 1.59. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, PIEL Y MUCOSAS ÍNTEGRAS, CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN PLANO, BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, EXTREMIDADES CON PRESENCIA DE ÚLCERAS EN AMBAS PIERNAS, RESTO DEL EXAMEN FÍSICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES. SE REALIZA REFERENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E115		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-22	11:36	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-22	11:36	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	