

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	HERRERA	ISABEL CRISTINA	17	07	1955	70 años, 6 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309351037	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA LA GALLARDO y	098-708-9994 /
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	1309351037	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	02	02	
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 FEMENINO DE 70 AÑOS DE EDAD *** APP: HTA (LOSARTAN 100 MG + AMLODIPINO 5 MG QD) DM II (INSULINA 10 UI) ***
APF: HIJA (HTA) *** APQ: LIGADURA ***AA: NR ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE
REFERENCIA PARA GERIATRIA. COMENTA QUE AL MOMENTO REFIERE EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, ESPAMOS MUSCULARES
NOCTURNOS Y PARESTESIAS EN EXTREMIDADES. ADEMÁS DE REFERIR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION
CARACTERIZADA POR TOS NO PRODUCTIVA Y RINORREA HIALINA, DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL
MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, PRESION ARTERIAL 150/72 MMHG DEBIDO A FALTA DE MEDICACION DE CONTROL, ORIENTADO EN
TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E116		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	11:44	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firma electrónica por: MARIA JOSE MEZA CUSME 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
2026-02-02	11:44	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

