

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	TARIRA	BELGICA PURITA	26	05	1970	54 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311287070	MANABI	CHONE	RICAU RTE	ZAPALLO y BARRIO TIWINZA	099-116-3870 /
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	1311287070	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	03	25
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 54 AÑOS DE EDAD APP: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS, APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50MG CADA 12 HORAS, MAS DIABETES MELLITUS TIPO II TRATADA CON IMETFORMINA 500MG EN LA MAÑANA Y 500MG EN LA NOCHE, APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR INTENSO Y CEFALIAS CONSTANTES DE GRAN INTENSIDAD QUE NO CALMAN CON MEDICACION, PACIENTE TAMBIEN REFIERE CAMBIO DE COLORACION EN LA PIEL EN LAS PIERNAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS Y AFEBRIL, NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CS PS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL SECA, SE OBSERVA CAMBIO DE COLORACION EN PIEL ENTRE LAS PIERNAS. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. UREA CREMA 5. ANALGESIA 6. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD APP: PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS, APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50MG CADA 12 HORAS, MAS DIABETES MELLITUS TIPO II TRATADA CON IMETFORMINA 500MG EN LA MAÑANA Y 500MG EN LA NOCHE, APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR INTENSO Y CEFALIAS CONSTANTES DE GRAN INTENSIDAD QUE NO CALMAN CON MEDICACION, PACIENTE TAMBIEN REFIERE CAMBIO DE COLORACION EN LA PIEL EN LAS PIERNAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS Y AFEBRIL, NO REFIERE NOVEDAD. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL SECA, SE OBSERVA CAMBIO DE COLORACION EN PIEL ENTRE LAS PIERNAS. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2.DIETA Y EJERCICIO 3. SIGNOS DE ALARMA 4. UREA CREMA 5. ANALGESIA 6. CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE HIPERPIGMENTACION MELANODERMICA	L814	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	23:26	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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
2025-03-25	23:26	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	