

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DE LA CRUZ NOLAZ	NOLAZ	ELENA TRINIDAD	01	02	1976	49 años, 0 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311380669	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO BOCA DE CAÑALES y SITIO BOCA DE CAÑALES	000-000-0000 /
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	1311380669	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13DG7 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	02	07
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 profesiona	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMEINA DE 49 AÑOS DE EDAD , APP: DM II TRATADA CON MERFORMINA DE 859 , LOSARTAN DE 100 MG , APF : DM II Y HTA POR PARTE DE MADRE , AQX ; CESAREA () , ALERGIAS : NO REFIERE , PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR MOTIVO DE APARACION ESPONTANEA DE MACHAS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES QUE FUERON AUMENTANDO EN CANTIDAD E INTENSIDAD DE DOLOR Y ARDOR EN LA ZONA , PACIENTE REFIERE HABER TENIDO AUMENTO GRADUAL DE MOLESTIAS RELACIONADAS , AL EXAMEN FISICO SE DESTACA PRESENCIA DE PURPURA EN EXTREMIDADES INFERIORES , PACIENTE INDICA HABER TENDIO CONTROLES EN HOSPITAL DE CHONE , CON EL AREA DE REUMATOLOGIA PREVIAMENTE , AGENDADAS POR UN TRABAJADORA SOCIAL . PACIENTE HABITA EN AREA LEJANA RURAL , SE ENVIA REFERENCIA AL HOSPITAL DE CHONE PARA EL AREA DE REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PURPURA EN EXTREMIDADES INFERIORES

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS PURPURAS NO TROMBOCITOPENICAS		D6.92	/	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-02	11:47	Medicina Rural	NORMA CECILIA VILLACRESES DUEÑAS	957813272	 Dra. Norma Cecilia Villacreses D. MÉDICO GENERAL C.I. 0957813272 Reg. Senescyt: 1006-2024-2917243

III. CONTRAREFERENCIA REFERENCIA INVERSA

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hís.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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-02	11:47	Medicina Rural	NORMA CECILIA VILLACRESES DUEÑAS	957813272	 Dra. Norma Cecilia Villacreses D. MÉDICO GENERAL C.I. 0957813272 Reg. Senescyt: 1006-2024-2917243

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad