

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	EMILIO ORLANDO	11	05	1979	47 años, 2 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311866014	MANABI	JUNIN	JUNIN	MOCORITA y 0	093-920-9081 /
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	1311866014	AGUA FRIA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	07	24
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

PCTE MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD CON APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL (EPILEPSIA)DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DE GOTA ES VISITADO EN S U DOMICILIO PARA CONTROL MEDICO CUIDADORA SOLICITA REFERENCIA PARA CONTINUAR TRATAMIENTO PARA EN CONTROL AL MOMENTO PCTE SE ENCUENTRA EN CONDICIONES ESTABLES DE SALUD ASINTOMATICO: CABEZA NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATIAS CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RDS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS ABDOMEN S3EMIGLOBULOSO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNA GENITO URINARIO SPA CARDIOVASCULAR: CON PRESION ARTERIAL NORMAL ALTA SE LE ENTREGA MEDICACION ANTI HIPERTENSIVO NEUROLOGICO SIN CRISIS EPILEPTICAS (SE LE HACE LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ANTI EPILEPTICO (CARBAMAZEPINA 90 UNIDADES DE 200 MG) SE LE REALIZA REFERENCIA PARA CONTINUAR TRATAMIENTO CON REUMATOLOGIA ATENCIÓN ALIMENTACION SALUDABLE SE LE RECOMIENDA (ALIMENTACION POBRE EN ACIDO URICO) Y CONS UMO ABUNDANTE DE AGUA A CUIDADORES AL EXAMEN FISICO CABEZA Y CUELLO NORMALES TORAX CAMPOS PULMONARES Y RDS CARDIACOS NORMALES ABDOMNE BLANDO SEMIGLOBULOSO DEPOSICIONES NORMALES GENITO URINARIO SPA MIEMBROS S SUPERIORES CON TUMEFACCION A NIVEL DE PIES, CODO CUERO CABELLUDO AL MOMENTO NO REFIERE DOLOR SE LE REALIZA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GOTA, NO ESPECIFICADA	M109		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-24	18:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUZ VIOLETA MENDOZA CAMPOS	1304278326	

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
2026-07-24	18:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUZ VIOLETA MENDOZA CAMPOS	1304278326	