

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VERDUGA          | GANCHOZO         | ANGELA EMPERATRIZ | 01                  | 08  | 1941 | 83 años, 3 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                      | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312397324        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA RANCHO VIEJO y SITIO BAREN | 099-816-7262 /      |
| 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                 | 1312397324      | 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 | 2024 | 11    | 20  |  |
| 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 CON ANTECEDENTES PERSONALES HTA- DMT2- POLIARTOSIS ACUDE A CONSULTA MEDICA EN COMPAÑIA HIJA QUIEN INDICA QUE PACIENTE HA PRESENTADO VERTIGO. PACIENTE ACUDE EN SILLAS DE RUEDAS . PACIENTE CON LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS DE LA VIDA .AL MOMENTO AFEBRIL VIGIL . VALORACION ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANTECEDENTES HTA- DMT2- POLIARTOSIS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD | Z736   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2024-11-20 | 11:28 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2024-11-20 | 11:28 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO | 1009-14-1320949 |       |

