

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ALCIVAR	MARINA DOLORES	17	02	1989	36 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313290262	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CHEGUEVARA	098-396-6586 /
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	1313290262	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	10	01
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

ACUDE PARA REVISION DE LABORATORIOS, REFIERE QUE SE HIZO EXAMEN DE ECOGRAFIA EN H.N.D.C, PERO NO SE PUEDEN VER RESULTADOS. TRAE EXAMENES DE CONTROL, REFIERE QUE TIENE ERITEMA CONJUNTIVAL DESDE HACE 15 DIAS, ACOMPAÑANDO DE VISION BORROSA, PICOR, SOLO SE HA APLICADO VISINA, ANTECEDENTE DE LESION POR CUERPO EXTRAÑO (PEGAMENTO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ALT (SGPT): 44.91 AST (SGOT): 23.31 COLESTEROL: 275.64 TRIGLICERIDOS: 219.75 GLUCOSA: 112.62
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ESCLERITIS Y EPISCLERITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE		H190	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	09:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

