

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDAS	SANCHEZ	JIMMY GEOVANNY	23	10	1975	49 años, 5 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308552536	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA ESTRELLA y	098-817-8910 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308552536	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Medicina Interna	2025	03	27
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 DE 47 AÑOS DE EDAD, INSTRUCCIÓN: PRIMARIA, OCUPACIÓN: TAXISTA, APP DM2 (NO RECUERDA NOMBRE DE MEDICACIÓN), HTA LOSARTAN 100MG, DERRAME FACIAL POR NEURITIS POS COVID-19, OCASIONÁNDOLE PÉRDIDA DE VISIÓN DEL OJO IZQUIERDO Y DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL EN OJO DERECHO. ACUDE POR VALORACIÓN DE CARNET DE DISCAPACIDAD POR LO CUAL AL NO EXISTIR TURNOS EN OFTALMOLOGÍA EN EL MIGUEL H. ALCÍVAR, SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA EN EL TIPO C PARA POSTERIOR REFERENCIA A HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EN PORTOVIEJO. EXAMEN FÍSICO: NO SE OBSERVA SIGNOS DE TRAUMA DIRECTO, SE OBSERVA ASIMETRÍA FACIL POR ANTECEDENTE DE DERRAME FACIAL. NO HAY SECRECIONES NI ENROJECIMIENTO. REFLEJO PUPILAR AUSENTE EN OJO IZQUIERDO. NO HAY ANISOCORIA. NO HAY SIGNOS DE PARESIA O PARÁLISIS EN OTRAS ÁREAS DEL CUERPO. ADEMÁS, REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO CEFALEA EN REGIÓN OCCIPITAL DE MODERADA INTENSIDAD EVA 6/10. SE ACOMPAÑA DE PALPITACIONES, MAREO, FATIGA Y TINNITUS. SE ENVÍA CARTILLA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN CASA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PÉRDIDA DE VISIÓN DEL OJO IZQUIERDO Y DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL EN OJO DERECHO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEGUERA MONOCULAR	H544		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	09:27	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-03-27	09:27	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

