

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORENO		INES MARINA	31	01	1957	68 años, 7 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1705010567	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA SIXTO DURAN BALLEN y CDLA LA YOYITA	099-858-3221 /
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	1705010567	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	09	30
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 profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE A CITA MEDICA, REFIERE QUE PERDIO CITA MEDICA EN HOSPITAL EN GERIATRIA POR LO CUAL ,ACUDE PARA AGENDAMIENTO DE CITA MEDICA CON DICHA ESPECIALIDAD, REFIERE QUE ESTA CON MEDICACION ANTIHIPERTENSIVA, LOSARTAN 100MG, IBUPROFENO, COMPLEJO B POR DOLOR OSEO, USO DAIRIO DE BRONCODILATADORES, REFIERE OLVIDOS FRECUENTES A CORTO PLAZO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMINETO POR ESPECIALIDAD DE GERIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	J440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	10:54	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