

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SACON	VELASQUEZ	DOLORES MARGARITA	08	08	1953	72 años, 2 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	1301629109	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	ROSALIA LOOR y	999-999-9999 /
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	1301629109	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Cardiovascular		2025	10	22
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 DE DIABETES MELLITUS, LLEVA TRATAMIENTO ACTUAL CON INSULINA DE ACCION INTERMEDIA NPH 18 UI AM Y 10 UI PM, VILDAGLIPTINA 50MG VO BID, DAPAGLIFOZINA 10MG VO QD AL MEDIO DIA, ADEMAS DE HIPERTENSION ARTERIAL PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON IBESARTAN 300MG VO QD. PRESENTA LESION EN TERCIO MEDIO DE LA PIERNA DERECHA CARA INTERNA HACE 4 MESES, DE 15CM DE DIAMETRO, CON ACUMULACION DE ABUNDANTES DITRITOS CELULARES, POBRE RESPUESTA A TRATAMIENTO CON PRONTOSAN Y CLORURO DE SODIO, REFIERE DOLOR INTENSO EN SITIO DE LESION. GLUCOSA EN AYUNAS 107MG/DL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	1739		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-22	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-10-22	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	