



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		001414	Eloy Alfaro		CS	1307981363													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Valencia		Zambrano		Egla		Prada		M	26-12-1949	75	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO											
0998168496				☒		☐		☐											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		☐		6. Problemas de abastecimiento.											
				2. Falta de espacio físico.		☐		7. Insuficiencia de profesionales.											
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		☐		8. Inadecuada capacidad resolutive									
13		1303		130355		4. Equipos en mal estado.		☐		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
				5. Problemas de infraestructura.		☐		☐		☒									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Reumatologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (LOSARTAN 50MG)- DIABETES MELLITUS TIPO 2(METFORMINA 1000MG QD) INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE YECCIÓN DEPRIMIDA Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SE REALIZA VISITADOMICILIARIA DEBIDO A UN CUADRO CLÍNICO DE UN MES DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR DOLOR EN EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO- LO QUEHA LIMITADO SIGNIFICATIVAMENTE SU MOVILIDAD Y HA REQUERIDO EL USO DE UN BASTÓN PARA DESPLAZARSE. SIGNOS VITALES CON TA ELEVADA170/90 MMHG (SE LE INDICA A LA PACIENTE QUE SE TOME LA MEDICACIÓN)- EXAMEN FÍSICO A LA EXPLORACIÓN DEL MIEMBRO INFERIORIZQUIERDO PIEL ÍNTEGRA- SIN LESIONES APARENTES. NO SE OBSERVAN SIGNOS EVIDENTES DE INFLAMACIÓN- ERITEMA O ÚLCERAS. NO HAYDEFORMIDADES ARTICULARES- A LA PALPACIÓN: TEMPERATURA CONSERVADA- SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON EL MIEMBRO CONTRALATERAL. DOLORA LA PALPACIÓN EN REGIÓN AFECTADA- SIN CREPITACIÓN ÓSEA. NO EDEMA. RESTO SIN ALTERACIÓN.AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN- PACIENTECONSCIENTE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA. SE OBSERVA FACIES DE DOLOR Y MOVILIDAD REDUCIDA. NO SE OBSERVAN SIGNOSEVIDENTES DE INFLAMACIÓN LOCAL- SE SOLICITA EXAMEN DE LABORATORIO PCR PACIENTE NO CUENTA CON LOS RECURSOS ECONÓMICOSNECESARIOS PARA REALIZARLOS- SE REQUIERE UNA EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
ULTRASONIDO: ECOGRAFÍA VASCULAR PERIFÉRICO INFERIOR REALIZADA EL 13/01/2025. SISTEMA ARTERIAL IZQUIERDO: ARTERIA FEMORAL COMÚN:FLUJO NORMAL DIÁMETRO MIDE 7.5 MM. INTIMA VASCULAR NORMAL. ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL: FLUJO NORMAL- DIÁMETRO MIDE 5.7MM.INTIMA VASCULAR NORMAL. ARTERIA FEMORAL PROFUNDA: FLUJO NORMAL- DIÁMETRO MIDE 5.7MM. INTIMA VASCULAR NORMAL. ARTERIA FEMORAL.SISTEMA VENOSO IZQUIERDO. VENA FEMORAL COMÚN: FLUJO Y DIÁMETRO NORMAL. VENA FEMORAL SUPERFICIAL Y PROFUNDA: FLUJO Y DIÁMETRONORMAL. VENA SAFENA INTERNA: FLUJO Y DIÁMETRO NORMAL. SIGNOS VITALES CON TA ELEVADA 170/90 MMHG (SE LE INDICA A LA PACIENTE QUESE TOME LA MEDICACIÓN)- EXAMEN FÍSICO A LA EXPLORACIÓN DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO PIEL ÍNTEGRA- SIN LESIONES APARENTES. NO SEOBSERVAN SIGNOS EVIDENTES DE INFLAMACIÓN- ERITEMA O ÚLCERAS. NO HAY DEFORMIDADES ARTICULARES- A LA PALPACIÓN: TEMPERATURACONSERVADA- SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON EL MIEMBRO CONTRALATERAL. DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN AFECTADA- SIN CREPITACIÓNÓSEA. NO EDEMA. RESTO SIN ALTERACIÓN.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Poliartritis No Especificada		M159		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-13	08:23	Maria		Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1313263269					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	