



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	Santa Martha		CS	1304589771													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Moreira		Velasquez		Rosa		Colombia		M	26-04-1937	88	<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													
0993046409				X															
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		130350		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
				5. Problemas de infraestructura.						X									

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		Cirugia Vascular	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PAC I ENT E FEMENI NA DE 88 AÑOS C ON ANT EC EDENT ES DE DI ABET ES MEL I T US NO C ONT ROL ADA QUE AC UDE A C ONSUL T A DEBI DO A L A PRESENC I ADE VARI C ES EN MI EMBROS I NFERI ORES C OMPL I C ADAS C ON ÚL C ERAS. LA PAC I ENT E REFIERE DOL OR EN L AS ÁREAS UL C ERADAS- ASÍ C OMO DI FÍ C UL T ADPARA MOVI L I Z ARSE DEBI DO A L A HI NC HAZ ÒN Y SENSAC I ÓN DE PESADEZ EN L AS PI ERNAS. AL EXAMEN FÍ SI C O SE OBSERVA L A PRESENC I A DE VARI C ES PROMI NENT ES- C ON ÚL C ERAS DE BORDES I RREGUL ARES Y EXUDADO MODERADO EN L A REGI ÓN DI ST AL DE AMBOS MI EMBROS I NFERI ORES. LA PI EL C I RC UNDANT E PRESENT A SI GNOS DE HI PERPI GMENT AC I ÓN Y DERMAT I T I S. ADEMÁS- L A PAC I ENT E T I ENE ANT EC EDENT ES DE MAL AC I C AT RI Z AC I ÓN Y C ONT ROL DEFI C I ENT E DE SU GL UC OSA- L O QUE PODRÍ A EST AR C ONT RI BUYENDO A L A DI FÍ C I L EVOL UC I ÓN DE L AS L ESI ONES.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
AL EXAMEN FÍ SI C O SE OBSERVA L A PRESENC I A DE VARI C ES PROMI NENT ES- C ON ÚL C ERAS DE BORDES I RREGUL ARES Y EXUDADO MODERADO EN L A REGI ÓN DI ST AL DE AMBOS MI EMBROS I NFERI ORES. LA PI EL C I RC UNDANT E PRESENT A SI GNOS DE HI PERPI GMENT AC I ÓN Y DERMAT I T I S.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Venas Varicosas De Los Miembros Inferiores Con Ulcera	1830	X		4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-09	04:15	Tania		Velez	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1308557071					

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	