



| 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           | Ricaurte                 |                                  | CS        | 1300934609                                              |  |                   |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |        | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Ocampo                                                      |        | Moreira          |                          | Edilma                           |           | Genith                                                  |  | M                 | 28-02-1947       | 78   | H D M A                 |
|                                                             |        |                  |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |        |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN MOTIVO                                       |  |                   |                  |      |                         |
| 0979683395                                                  |        |                  |                          | X                                |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |        |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |        |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN | PARROQUIA        |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| 13                                                          | 1303   | 130356           |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE FEMENINA DE 78 AÑOS DE EDAD- ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUA- DRO CLINICO DEAPROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR INSUFICIENCIA VENOSA . PRESENTA CONSIGO ULTRASONIDO DUPLEX CON RES ULTADOSPACIENTE REFIERE DOLORES A NIVEL ARTICULACIONES DEL CODO Y GLENOHUMERAL. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES: NOREFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL- ACTIVO- ELECTIVO- ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS- HEMODI- NAMICAMENTEESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO SE INSPECCIONA Y PALPA CADA ARTICULACIÓN AFECTA DE LA MANO- ESTIMANDO UN RANGO DEMOVIMIENTO REDUCIDO. SE OBJETIVA SIGNOS DE DOLOR E INFLAMACIÓN SE INDICA MEDIDAS GENERALES- CONTROL DE SIGNOSVITALES- CON- SEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE- HIGIENE DE MANOS- ASEO DIARIO. SE PRESCRIBE IBUPROFENO 400 MGCADA 8 HORAS POR 7 DÍAS. SE ENTREGA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO (SEROLOGÍA PERFIL REUMATOLÓGICO). CONTROLS UBSECUENTE CON RES ULTADOS. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| ECO DOPPLER CON RESULTADOS DE INSUFICIENCIA VENOSA                |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                             | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | Insuficiencia Venosa (Cronica) (Periferica) |                 |                 | 1872 | X   |     | 4.  |     |     |
| 2.             |                                             |                 |                 |      |     |     | 5.  |     |     |
| 3.             |                                             |                 |                 |      |     |     | 6.  |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-30                            | 01:58        | Estefania     |  | Saavedra        | Moreira          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1311538662                            |              |               |  |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |