



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	Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes		HB	0801609397																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
Avila		Casanova		Fernando		Isaac		H	06-11-1972	53	<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																									
095-917-7703				X		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>						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.	☐		
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.	☐																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																													
13	1312	131250																													

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
PCT DE 53 AÑOS DE EDAD- CON DIAGNOSTICO DE INS UFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES-NO ALERGIAS CONOCIDAS. AQX-FRACTRUA DE ANTEBRAZO DERECHO- CIRUGIA DE CADERA- NO ALCOHOL- NO CIGARRILLO- DESEMPLEADO- NO ASEGURADO- ALMOMENTO INGRESA CON CUADRO CLINICA DE LARGA EVOLUCION (30 AÑOS)- CARACTERIZADO PO INS UFICIENCIA VENOSA DEMIEMBROS INFERIORES- AL EXAMEN FISICO EDEMA +++/+++ DEJA FOVEA- NO SE SIENTE PULSOS POR EDEMA- SE REALZIAREFERENCIA PARA CIRUGIA VASCULAR- PARA S U MEJOR CRITERIO SOLICITAR ECO DOPPLER VASCULAR DE MI

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Venosa (Cronica) (Periferica)		I872		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-25	10:22	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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	