



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	San Sebastian	CS-A	1305233437								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Vergara	Barcia	Pablo	Antonio	H	20-09-1966	59	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0962303811 - 0987732580		☒		☐								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐								
		2. Falta de espacio físico.		☐								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐							
13	1303	130301	4. Equipos en mal estado.		☐							
			5. Problemas de infraestructura.		☐							
			6. Problemas de abastecimiento.		☐							
			7. Insuficiencia de profesionales.		☐							
			8. Inadecuada capacidad resolutive		☒							
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐							

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 DE 59 AÑOS DE EDAD- SEXO MASCULINO CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA SIN TRATAMIENTO + DIABETES MELLITUS TIPO II PARA LOCUAL RECIBE TRATAMIENTO CON METFORMINA 850MG-QD. PRESENTA LESIÓN CUTÁNEA ERITMETOULCEROSA LOCALIZADA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO A PORENCIMA DEL MALÉOLO DE MÁS MENOS 3X3CM DE DIÁMETRO- CON PRESENCIA DE ESFACELOS QUE NO CICATRIZ A PESAR DE LA MEDICACIÓN POR TAL MOTIVO SE REFIERE AESPECIALIDAD.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
PENDIENTES A REALIZAR	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia Venosa (Cronica) (Periferica)		I872		X	4.			
2.	Otras Diabetes Mellitus Especificadas Con Complicaciones Circulatorias Perifericas		E135		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-09	02:03	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312068727				

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	