



| 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           | Chone                        | CS-C                             | 1301782494                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Zambrano                                                    | Duenas           | Angel                        | Bosco                            | H                                  | 04-07-1953                                              | 72   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                              |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| 099-391-3417                                                |                  | 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 |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                    | 4. Equipos en mal estado.        |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1303             | 130350                       | 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 | Cirugia Vascular |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 72 AÑOS DE EDAD- APP HIPERTENSIÓN ARTERIAL- DIABETES MELLITUS TIPO II- ACUDE EN COMPAÑIA DE S U HIJA-REFIERE QUE HACE 7 DÍAS FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE ( AMPUTACIÓN PIE IZQUIERDO) EN IMEC ( INSTITUTO MANABITA DEENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. HINCADA CON ESPINA DE LIMÓN Y SE LE NECROSARON LOS DEDOS DE DICHO PIES. ESTA CONEL SIGUIENTE TRATAMIENTO: CLOPIDOGREL 75 MG- PREGABALINA 75 MG- NUCLEO CMP FORTE SLIDO ORAL- QD- UNASYN 750 MG CADA12 HORAS- TRAMADOL 8 GOTAS PRN. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PATOLOGIA: BIOPSIA CON GUÍA ECOGRAFICA- TÉCNICA COAXIAL A TRAVÉS DE HIPOCONDRIIO. DIAGNÓSTICO: TUMOR MALIGNO DELHIGADO- NO ESPECIFICADO- CARCINOMA DE CÉLULAS HEPÁTICAS. OTRAS ÁREAS DE LA MUESTRA CON SIGNOS DE CIRROSIS EN FASEACTIVA. |

| E. DIAGNÓSTICO |                                               | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Amputacion Traumatica De Otras Partes Del Pie |                                    | S983 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                               |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                               |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-05-06                            | 02:56           | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |                 |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |