

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1304831637								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
GANCHOZO				ALBA		ALEJARIA		F	25/08/1948	77				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0990166747-0999776460		NO				X		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				X X						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA												

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLOEN DAVILA	C. EXTERNA	CIRUGIA VASCULAR

PACIENTE DE 77 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON VALSARTAN 80MG QD, CON APP DE EPOC TRATADA Y CONTROLADA EN HND-CHONE. CON APQ DE TIROIDECTOMIA TRATADA CON LEVOTIROXINA SODICA 50CMCG QD, AQX: DESCENSO DE VEJIGA E HISTERECTOMIA HACE 1 AÑO. REFIERE QUE DESDE DIAS PASADOS PRESENTA DOLOR EN EXTREMIDADES MAS SENSACION DE CANSANCIO Y PARESTESIAS. EL QUE NO MEJORA CON LA POSICIÓN NI CON EJERCICIOS., EL CUAL CONTINUA (PERO MENCIONA PACIENTE QUE ES MAS NOTABLE CUANDO REALIZA BAILOTERPIA). BRINDO TRATAMIENTO SINTOMÁTICO, BRINDO GUIA ANTICIPATORIAS., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD POR CONTROL ANUAL.

1.	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	1872		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/12/22	16:00			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
			SELLO	
			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

REFERENCIA JUSTIFICADA				DERIVACIÓN JUSTIFICADA			
SI	NO			SI	NO		
CONTRAREFERENCIA ☐				REFERENCIA INVERSA ☐			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	