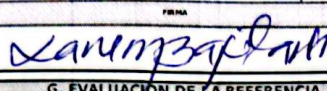
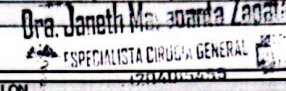


A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1410	HBAGA	B	1300555289	1300555289					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD				
VALENCIA	PITA	ANTONIO	M	1939-07-03	83	N	D	M	A	
0990100994 / 0968727091		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento						
PROVINCIA	CANTÓN	PARAQUA	2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales					
13	BOLIVAR	QUIROGA	3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutoria					
			4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
			5. Problemas de infraestructura							
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD							
MSP		CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL							
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO										
PACIENTE MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OPERADO DE ENFERMEDAD PROSTATICA. REFIERE DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN REGIÓN UMBILICAL HACE MESES DE LIGERA INTENSIDAD, DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES EXTREMO DISTAL QUE IMPOSIBILITA LA MARCHA ADemás ULCERA EN PIE. EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN: TUMORACIÓN EN REGIÓN UMBILICAL DE 3CM DE CONSISTENCIA BLANDA REDUCTIBLE NO DOLOROSO. MIEMBROS INFERIORES EXTREMO DISTAL: AUSENCIA DE VELLOS, DOLOR Y DISMINUCIÓN DE PULSOS PERIFÉRICOS. BILATERAL PEDIO Y TIBIAL POSTERIOR										
E. DIAGNÓSTICO										
1.	HERNIA UMBILICAL	CE	PRE	DEF						
2.	DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS	E115		X						
3.										
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE										
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
17/02/2025	8.00 am	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	 								
1204015455										
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	TIPOLOGÍA	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										
1.		CE	PRE	DEF						
2.										
3.										
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE										
H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE										
FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO								