

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS TOSAGUA	C	1300622899	1300622899					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	ZAMBRANO	SIMON	BOLIVAR	M	####	87	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	CIÓN						
0992168695/099483066		NO	MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.								
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.						
				3. Falta de equipamiento.						
				4. Equipos en mal estado.						
				5. Ausencia de la prestación en la cartera de						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H NAPOLEON DAVILA		

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 87 AÑOS , REFERIDO AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES POR PRESENTAR SIGNOS CLÍNICOS DE ISQUEMIA EN EL LECHO DE AMPUTACIÓN DEL CUARTO DEDO DEL MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO. EL PACIENTE FUE REMITIDO A ESA CASA DE SALUD PARA VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR DONDE SE REALIZA ARTERIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO , AL MOMENTO FAMILIAR REQUIERE REFERENCIA PARA SEGUIR CON CONTROL POR ESPECIALIDAD DE DIABETOLOGÍA

TRATAMIENTO: CEFALEXIANA 500MG CADA 8HORAS CILOSTAZOL 100MG CADA 12HORAS CLOPIDOGREL 75MG CADA QD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE REALIZO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EL 14 DE MARZO DEL 2026 ARTERIOGRAFIA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E135		X	4.			
2. ENFERMEDAD RENAL CRONICA	N189		X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA(aaaa-mm-dd)	HORA(h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/03/2026		KAREN	LOPERA	RODRIGUEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310488075				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA				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(h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	