

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIVAS	MORA	CARLOS AMADOR	25	07	1948	76 años, 2 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301037733	MANABI	CHONE	CANUTO	CHATA y	097-926-7679 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301037733	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2024	10	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS ACUDE A CONTROL MEDICO. APP: HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) LITIASIS RENAL, HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA. ALERGIAS: NO RECUERDA. AQX: NO ESPECIFICA CON CLARIDAD. APF: HERMANA CON DIABETES E HIPERTENSION. PACIENTE ACUDE AL CENTRO DE TRAS ATENCION EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO: "ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO CARACTERIZADO POR PENSANTES EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES- CLAUDICACION INTERMITENTE - ACOMPAÑADO DE VARICES". PACIENTE REFIERE CEFALEA Y DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES. SE LE DA SEGUIMIENTO, ACTUALMENTE CON MEDICACION: DIOSMINA VO CD DESPUES DE ALMUERZO. SE SOLICITA REFERENCIA MEDICINA INTERNA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE CONSIGO RESULTADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	I872		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	11:13	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año	

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	11:13	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	