

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	CEDEÑO	PEDRO PABLO	27	06	1950	75 años, 1 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301492722	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CALLE SAN PEDRO	096-749-7354 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301492722	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2025	07	31
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

ADULTO MAYOR REFIERE DOLOR DE PIERNA IZQUIERDA DE ALGUNOS DIAS DE EVOLUCION NO REFIERE ANTECEDENTE DE CAIDA NI TRAUMATISMOS, REFIERE SENSACION DE ENTUMECIMIENTO Y HORMIGUEO EL CUAL SE EXACERBA A LA DEMBULACION, EVA /10 , FRIALDAD DE MIEMBROS INFERIOR IZQUIERDO NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, ALERGICO A LA PENICILINA,NO REFIERE AUTOMEDICARSE, REFIERE QUE ANTERIORMENTE LABORABA COMO EBANISTA, HACE ALGUNOS MESES SE HIZO EX CON MEDICO PARTICULAR ENVIANDO MEDICACION SIN VER MEJORIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLAUDICACION INTERMITENTE DOLOR EN PANTORRILLA IZQUIERDA VALORACION PARA ESTUDIO SEGUN CRITERIO MEDICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	1739		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	13:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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