

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MUÑOZ	CIELO IRMA	08	11	1948	77 años, 8 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301551832	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	095-994-6471 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301551832	SAN ANTONIO	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	2026	07	28
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

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, NIEGA DIABETES MELLITUS. REFIERE ALERGIA AL YODO. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIÓN CUTÁNEA LOCALIZADA EN BRAZO IZQUIERDO, DE APARICIÓN PROGRESIVA. MANIFIESTA QUE INICIALMENTE LA LESIÓN CORRESPONDÍA A UNA PEQUEÑA PECA, LA CUAL DE FORMA REPENTINA AUMENTÓ DE TAMAÑO, ADQUIRIENDO EL ASPECTO DE UN LUNAR O VERRUGA SOBREELEVADA. REFIERE DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN, SENSACIÓN DE AUMENTO DE VOLUMEN Y CAMBIOS OCASIONALES DE COLORACIÓN ALREDEDOR DE LA LESIÓN, SIN SANGRADO NI SECRECIÓN. NIEGA TRAUMATISMO PREVIO, FIEBRE O PÉRDIDA DE LA MOVILIDAD DEL MIEMBRO. AL EXAMEN CLÍNICO SE EVIDENCIA LESIÓN SOBREELEVADA EN BRAZO IZQUIERDO, SIN SIGNOS CLAROS DE INFECCIÓN AGUDA; PULSOS PERIFÉRICOS CONSERVADOS Y LLENADO CAPILAR ADECUADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DEL SISTEMA VASCULAR PERIFERICO , NO ESPECIFICADA	Q279	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	12:44	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-28	12:44	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

