

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DUEÑAS	ANGEL BOSCO	04	07	1953	72 años, 10 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301782494	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL CARMEN y	099-391-3417 /
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	1301782494	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	05	05
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 DE 72 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJA, REFIERE QUE HACE 7 DÍAS FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE (AMPUTACIÓN PIE IZQUIERDO) EN IMEC (INSTITUTO MANABITA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. HINCADA CON ESPINA DE LIMÓN Y SE LE NECROSARON LOS DEDOS DE DICHO PIES. ESTA CON EL SIGUIENTE TRATAMIENTO: CLOPIDOGREL 75 mg, PREGABALINA 75 mg, NUCLEO CMP FORTE SLIDO ORAL, QD, UNASYN 750 mg CADA 12 HORAS, TRAMADOL 8 GOTAS PRN. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: BIOPSIA CON GUÍA ECOGRAFICA, TÉCNICA COAXIAL A TRAVÉS DE HIPOCONDRIO. DIAGNÓSTICO: TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO, CARCINOMA DE CÉLULAS HEPÁTICAS. OTRAS ÁREAS DE LA MUESTRA CON SIGNOS DE CIRROSIS EN FASE ACTIVA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMPUTACION TRAUMATICA DE OTRAS PARTES DEL PIE	S983		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	11:03	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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
2026-05-05	11:03	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

