

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	LENIA MARIA	10	11	1948	75 años, 11 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302075781	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	C y	999-999-9999 /
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	1302075781	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2024	11	06
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 CON APP DE HTA PRIMARIA CONTROLADA CON LOSARTAN DE 50MG Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PIERNA DERECHA. QUIEN ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, EVA 7/10 QUE SE ACOMPAÑA DE EDEMA +, SENSACIÓN DE ARDOR. REFIERE QUE PRIMER DIA EXISTIÓ CAMBIO DE COLOR QUE INICIÓ EN PIE HASTA MUSLO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON EDEMA +, CALIENTE AL TACTO A NIVEL DE TOBILLO, PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	I839		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-06	15:45	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2024-11-06	15:45	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	