

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BASTIDAS	ROSA AZUCENA	28	06	1953	72 años, 8 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302220122	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE PICHINCHA	099-192-8438
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	1302220122	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2026	03	26
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 QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD POR SENSACION DE HORMIGUEO MAS DOLOR EDEMA MAS RESULTADO DE ECOGRAFIA CON LA QUE SE EVIDENCIA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA. ANTESCEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: LADO DERECHO SE EVALUARON LAS ARTERIAS FEMORAL COMUN, FEMORAL SUPERFICIAL, FEMORAL PROFUNDA, POPITLEA, TIBIAL POSTERIOR, TIBIAL ANTERIOR, ARTERIA PEDIA, TODOS LOS SEGMENTOS MUESTRAN CARGA ATEROMATOSA. A NIVEL DE ARTERIAL FEMORAL SUPERFICIAL, APROXIMADAMENTE 4 CM DEL PLIEGUE INGUINAL, SE OBSERVA ESTENOSIS MENOR AL 50 %. A NIVEL DE ARTERIA TITBIAL POSTERIRO EN SU SEGMENTO RETROMALEOLAR, SE EVIDENCIA ESTENOSIS MAYOR AL 50%. LADO IZQUIERDO: TODOS LOS SEGMENTOS ARETRIALES EVALUADOS MUESTRAN CARGA ATEROMATOSA, A NIVEL DE ARTERIAL TIBIAL POSTERIOR SE OBSERVA ESTENOSIS MAYOR AL 50 % . IMPRESION DIAGNOSTICA ENFERMEDAD ATEROMATOSA LEVE DE LOS VASOS ARTERIALES DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	I739		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	14:26	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-03-26	14:26	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

