

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                      |                                              |               |                              |                                  |   |                                                         |                     |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|----------------------|----------------------------------------------|---------------|------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO            | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                     |               | TIPOLOGIA                    | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |   | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                     |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  | 1245                 | C. S CARLOS MORALES<br>LOCKE- JUNIN          |               | TIPO C                       | 1302927197                       |   |                                                         |                     |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO     |                                              | PRIMER NOMBRE |                              | SEGUNDO NOMBRE                   |   | SEXO                                                    | FECHA<br>NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VINCES                                |  | MENDOZA              |                                              | FULTON        |                              | DAURIN                           |   | VI                                                      | 04/08/1959          | 66   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE<br>COBERTURA | DIRECCIÓN                                    |               | REFERENCIA                   |                                  | X | DERIVACIÓN                                              |                     |      |                         |   |   |   |
| 0980100888                            |  | MSP                  | CALLE 10 DE AGOSTO<br>Y CALLEJON<br>BARREIRO |               | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  |   | MOTIVO                                                  |                     |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                      |                                              |               |                              | 2. Falta de espacio físico.      |   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                     |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN               |                                              | PARROQUIA     |                              | 3. Falta de equipamiento.        |   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                     |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | JUNIN                |                                              | JUNIN         |                              | 4. Equipos en mal estado.        |   | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                     |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                      |                                              |               |                              | 5. Problemas de infraestructura. |   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                     | X    |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

|                         |  |                          |  |                  |  |                  |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD     |  |
| MSP                     |  |                          |  | CONSULTA EXTERNA |  | CIRUGIA VASCULAR |  |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 66 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE LESION EN PIEL DE PIERNA DERECHA CON RESECCION AMPLIA EN ZONA DE TOBILLO DERECHO PARA ESTUDIO Y BIOPSIA QUE ARROJO COMO RESULTADO PSORIASIFORME EN TOBILLO DERECHO HACE 4 MESES ATRAS APROXIMADAMENTE, ADEMAS QUE PRESENTA ARAÑAS VASCULARES EN EL MIEMBRO AFECTADO, NO HAY PERDIDA DE SENSIBILIDAD SI MANTIENE SENSACION DE ADORMECIMIENTO Y CALAMBRES EN LA ZONA, POR LO QUE SOLICITA LA VALORACION DE CIRUGIA VASCULAR PARA SEGUIMIENTO ADECUADO YA QUE MANTIENE SEGUIMIENTO POR DERMATOLOGIA.

## E. DIAGNOSTICO

| PRE= PRESUNTIVO |                                                  | DEF= DEFINITIVO | CE   | PRE | DEF |    |                                           | CE   | PRE | DEF |
|-----------------|--------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-------------------------------------------|------|-----|-----|
| 1.              | INSUFICIENCIA VENOSA (CRO-<br>NICA) (PERIFERICA) |                 | I872 |     | X   | 4. | LESION PSORIASIFORME EN<br>PIERNA DERECHA | L409 |     | X   |
| 2.              |                                                  |                 |      |     |     | 5. |                                           |      |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |                |  |                 |  |                                                                              |  |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|--|-----------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE  |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                             |  |
| 2025/11/24                            | 10:00           | ANGELICA MARIA |  | MERA            |  | REYNA                                                                        |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 |                |  | FIRMA           |  | SELLO                                                                        |  |
| 1309015111                            |                 |                |  |                 |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: CU-1514319 |  |

## G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

|                       |                          |    |                       |                          |    |
|-----------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓNJUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA      | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA    | <input type="checkbox"/> |    |

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

## F. DIAGNOSTICO

| PRE= PRESUNTIVO |  | DEF= DEFINITIVO | CE | PRE | DEF |    |  | CE | PRE | DEF |
|-----------------|--|-----------------|----|-----|-----|----|--|----|-----|-----|
| 1.              |  |                 |    |     |     | 4. |  |    |     |     |
| 2.              |  |                 |    |     |     | 5. |  |    |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 |               |  | FIRMA           |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |