

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CAICEDO          | VERA             | OTITA DEL JESUS | 15                  | 11  | 1957 | 67 años, 11 meses, 22 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303223711        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUNTA Y FILO ATRAS UCV y     | 098-808-6388 /       |
| 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                 | 1303223711      | 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 | 2025  | 11  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                    | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 67 AÑOS DE EDAD, ADULTA MAYOR CON APP: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG QD Y CLORTALIDONA 25MG QD, DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA + DAPAGLIFOZINA 1000/10MG QD, INSULINA 25 UI AM Y 25UI PM. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LIMITACION FUNCIONAL EN PRIMER DEDO DEL PÍE DERECHO , REFIERE QUE HACE UN MES APROXIMADAMENTE POR LA UTILIZACIONJ DE CALZADO APRENTADO OCASIONO PEQUEÑA ULCERA QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA DEDO NECROTICO HASTA BASE DE DEDO, SE EVIDENCIA ADEMAS, CALOR, DOLOR, RUBOR Y EDEMA EN DORSO DE MISMO PIE. NIEGA ALZA TERMICA O ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEDO NECROTICO EN PIE DERECHO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| GANGRENA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE |  | R02X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-06 | 10:34 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-06 | 10:34 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |