

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		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA		II	1303691792		1303691792							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SANTOS		ZAMBRANO		VICENTA		ALEGRIA		F	19/07/1962	63	H	D M A X			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)												REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	
0969381553 Hije / 0981269975 Nueva															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARRQUIA		MOTIVO											
PROVINCIA		CANTÓN	CALCETA		6. Problemas de abastecimiento.						X				
MANABI		BOLIVAR			7. Insuficiencia de profesionales.						X				
					8. Inadecuada capacidad resolutiva						X				
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						X				
					5. Problemas de infraestructura.						X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		NAPOLEON DAVILA CORDOVA		HOSPITALIZACION		CIRUGIA VASCULAR	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS CON APP DE HTA MAS DIABETES MELLITUS TIPO 2
ES TRAÍDA A LA EMERGENCIA , POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR MAS
CLAUDICACION EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, DOLOR ESCALA EVA 7/10, CON REPORTE ECOGRAFICO DE CALCIFICACION A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR
IZQUIERDO . AL MOMENTO CONCIENTE ORIENTADA GLASGOW 15/15, ACTIVA REACTIVA PA 142/89 MMHG FC 75 X' STA Q2 98 T 36,4 FR 21 X

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE CON DOLOR LEVE A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

E. DIAGNÓSTICO

PRE+ PRESUNTIVO	DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. EMBOLIA Y TROMBOSIS ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES IZQUIERDO		I743		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/04/08	11:30	VICTOR		CEDEÑO		BRAVO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1302656473							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE+ PRESUNTIVO	DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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