

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	VERA	ITA AMINTA	01	02	1948	78 años, 4 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303712564	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PAQUISHA y CALLE F14	098-929-8135 / (05)-236-1744
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	1303712564	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Vascular - Brigada Médica externa ONG		2026	06	19
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 FEMENINA DE 78 AÑOS DE EDAD APP: DIABETES MELLITUS E HIPERTENSA EN TRATAMIENTO, ACUDE A CENTRO DE SALUD INDICANDO QUE TUVO UNA ATENCION EN EL SEGURO DONDE LE RECOMENDARON HIERRO IV POR HEMOGLOBINA BAJA (5 UNIDADES) INDICANDO QUE LA PACIENTE VIVE SOLA POR LO QUE ACUDE A BUSCAR A UNA "ENFERMERA" PARA LA APLICACION DEL MISMO, INDICANDO QUE LE PUSO 3 CON NORMALIDAD Y LA 4TA AMPOLLA QUE LE COLOCAN INDICA QUE EL SUERO "SALIO A LA PARTE DE AFUERA Y SE EMPIEZA A HINCHAR", POSTERIOR ACUDE AL SEGURO LE SOLOCAN UN SUERO Y ANALGSEICO, LUEGO ACUDE AL TIPO C LE MANDAN DICLOFENACO Y LE DICEN QUE ACUDA AL SAN ANTONIO, ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD CON FAMILIAR INDICANDO QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR, ERITEMA, EDEMA Y AUMENTO DE LA TEMPERATURA LOCAL EN BRAZO IZQUIERDO, CON PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE MEDIDAS INICIALES. REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL MIEMBRO AFECTADO Y SENSACIÓN DE TENSIÓN LOCAL. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ÁREA ERITEMATOSA, EDEMATOSA Y DOLOROSA A LA PALPACIÓN EN BRAZO IZQUIERDO, COMPATIBLE CON CELULITIS. DEBIDO A LA EXTENSIÓN DEL CUADRO Y LA NECESIDAD DE DESCARTAR COMPROMISO VASCULAR ASOCIADO, SE CONSIDERA PERTINENTE REFERENCIA Y VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y CONDUCTA ESPECIALIZADA. PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. 0968278813

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS SITIOS	I808	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	15:02	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-19	15:02	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	