

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	1246	CS. TOSAGUA	C	1303770091	1303770091					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
REINOZO	QUIROZ	ZOLA	YANETH	F	07/07/1961	64	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0960082849 / 0963715316		X								
/		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	8. Inadecuada capacidad resolutoria		X				
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M.S.P	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	CONSULTA EXTERNA	DIABETOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PTE. FEMENINA DE 64 AÑOS QUIEN ACUDE POR LESIÓN EN DEDO GORDO DEL PIE DERECHO. APP DE HIPOTIROIDISMO, HTA Y DM2 DE > DE 15 AÑOS LLEVA TRATAMIENTO CON INSULINA LENTA AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLES, CONCIENTE Y ORIENTADA EN T.E.P RESPOINDE AL INTERROGATORIO CON LENGUAJE CLARO Y COHERENTE.

AL EX. FISICO: PRIMER ARTEJO CON SIGNOS DE FLOGOSIS Y CAMBIOS EN SU COLOR (VIOLÁCEO) Y TROFISMO QUE IMPRESIONA ESTAR HIPO-VASCULARIZADO...

POR ELLO SE INDICA CLIDAMICINA, FLUCONAZOL, PENTOXIFILINA, SIMVASTATINA DE 40MG CURAS DIARIAS Y REFERENCIA A CIRUGÍA VASCULAR PARA ECO DOPLER Y TRATAMIENTO DEFINITIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FISICO: PRIMER ARTEJO CON SIGNOS DE FLOGOSIS Y CAMBIOS EN SU COLOR (VIOLÁCEO) Y TROFISMO QUE IMPRESIONA ESTAR HIPO-VASCULARIZADO...

E. DIAGNÓSTICOS

	OE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		OE-10	PRE	DEF
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICAC	E115		X	4			
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA,	I739		X	5			
ATEROSCLEROSIS DE OTRAS ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORE	I70		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/11/2025	4:00:00 p. m.	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1803403326	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO		MEDICO FAMILIAR	

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	TIPOLOGÍA	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= ITWC	OE	PRE	DEF	OE	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	