

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres                | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BARRETO          | SOLORZANO        | DIVINA DE LAS MERCEDES | 03                  | 01  | 1947 | 79 años, 2 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                        | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303915365        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LA YOYITA y                  | 096-902-0980 /       |
| 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                 | 1303915365      | 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 | Diabetología |  | 2026  | 04  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR CON CONTRARREFERENCIA POR PRESENTAR LESIÓN TIPO NECRÓTICA EN DEDOS DEL PIE INDICANDO NECESIDAD DE CURACIONES AVANZADAS. AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA DOLOR. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA | 1739   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                              |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-02 | 12:35 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>JESUS GREGORIO LOOR VERA<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-04-02 | 12:35 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |