

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		1410	HBAGA		B	1304218694		1304218694			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
VARELA		LOOR		ZOILA		MARIA		F	12/5/1963	63	H D M A
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA	DERIVACIÓN				
0997750829						X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						MOTIVO					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica.					
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		2. Falta de espacio físico.					
						3. Falta de equipamiento.					
						4. Equipos en mal estado.					
						5. Problemas de infraestructura.					
						6. Problemas de abastecimiento.					
						7. Insuficiencia de profesionales.					
						8. Inadecuada capacidad resolutive.					
						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	
MSP				CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA VASCULAR	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
-------------------------------	--	--	--

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, A NIVEL DEL TOBILLO, EVA: 6/10 QUE AUMENTA CON LA BIPEDESTACION, POR PRESENCIA DE INFLAMACION VENOSA MAS ULCERA DE PEQUEÑO TAMAÑO Y PROFUNDIDAD. MANTIENE CON CAMBIOS DE COLORACION A NIVEL DE LA ULCERA POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
---	--	--	--

E. DIAGNÓSTICO								
PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
		I830		X	4.			
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA					5.			
					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-19	11H	VICTOR	CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1302656473				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA		☐		REFERENCIA INVERSA		☐	

H. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE ARCHIVO

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
-------------------------------	--	--	--

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
---	--	--	--

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS			
--	--	--	--

M. DIAGNÓSTICO								
PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

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

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				