

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| TALLEDO          | CARRANZA         | JOSE OVIDIO | 10                  | 09  | 1942 | 83 años, 5 meses, 1 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                     | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304226424        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | HUESO DE VACA y HUESO DE VACA | 099-552-3750 /       |
| 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                 | 1304226424      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Medicina Interna | 2026  | 02  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad     | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR UN CUADRO CLÍNICO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR HINCHAZÓN EN LOS MIEMBROS INFERIORES, QUE SE MANTIENE HINCHADO TODO EL DÍA. ADICIONAL A ELLO, REFIERE QUE HACE 2 AÑOS PRESENTABA LO MISMO Y SE TRATÓ EN MÉDICO PARTICULAR. REFIERE QUE LA HINCHAZÓN LE IMPOSIBILITA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. TAMBIÉN REFIERE QUE HACE 5 AÑOS NO ESCUCHA CASI NADA Y SE ACOMPAÑA DE ZUMBIDOS EN LOS OÍDOS. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SOSPECHA DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA PARA UNA VALORACIÓN Y MANEJO ADECUADO DE LA CONDICIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OBSERVA HINCHAZÓN CRÓNICA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, NO ASOCIADA A ERITEMA, CALOR LOCAL O ENFISIMA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------|--------|-----|-----|
| INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) | I872   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-02-11 | 08:32 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-02-11 | 08:32 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |

