

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1410	SC PICHINCHA	A	1304252750		1304252750						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
DE LA CRUZ		ZAMBRANO		DOLORES		CANDELARIA	F	29/07/1949	79	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0988532947				MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.									
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.									
MANABI				3. Falta de equipamiento.									
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.									
PICHINCHA				5. Problemas de infraestructura.									
PARROQUIA				6. Problemas de abastecimiento.									
PICHINCHA				7. Insuficiencia de profesionales.									
				8. Inadecuada capacidad resolutiva									
				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		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA VASCULAR

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE 78 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA VENAS VARICONAS CON INFLAMACION QUE PROVOCA DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES, AL PASAR MUCHO TIEMPO EN BIPEDESTACION, DOLOR EN REGION DE PANTORILLAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			I831	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/07/2025		EDGARDO	ALAY	MERO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310535131			Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	---	----

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	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	