

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	CLEMENCIA MARILIN	06	05	1963	63 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305474288	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE LIBERTAD y CALLE SIN NOMBRE	099-484-0490 / (05)-248-4206
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305474288	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Cardiovascular	2026	06	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, REFIERE QUE PADECE ARTRITIS REUMATOIDES , HTA Y DM2, AL MOMENTO REFIERE QUE PREWSENTA SENSACION DE CALENTURA EN TODO EL CUERPO, ADEMAS TRAE EXAMENES PARA REVISION , APETITO DISMINUIDO, TIENE TRASTORNO DE MANTENIMIENTO DEL SUEÑO. REFIERE HACE 5 MESES SENSACION DE PESANTES DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO AOCPMAÑADO DE CLAUDICACION INTERMITENTE, Y EDEMA LEVE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIEMBROS INFERIRO DERECHO : PULSOS PEDIO DISMINUIDO, FRIO AL TACTO, NO ERITEMA, SENSIBILIDAD TERMICA ABOLIDA, PRUEBA DIAPASON NEGATIVA, SENSIBILIDAD TACTIL ABOCILA.MIEMBRO INFERIRO IZQUIWERDO SENSIBILIDD TERMICA ABOLICA, PRUEBA DE DIAPASON 7 SEGUNDOS, SENSIBILIDAD TACTIL ABOLIDA, EDEMA CON FOVEA LEVE EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 9,9, PLAQ 493, HTCT 30.1, GB 8.72, GLUCOSA 134.2. PCR POSITIVO. OTROS ANALISIS: NA 141, K 4,89, CLORO 103,77, CALCIO IONICO 1.23,MAGNESIO 1,78.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS ESPECIFICADAS	I738	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	08:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-06-15	08:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

