

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1306226844		1306226844	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ANDRADE		ZAMBRANO		MARIA		F	25/05/1973	52	H M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
963729001									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
1. Accesibilidad geográfica					6. Problemas de abastecimiento.				
2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales				
3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutiva				
4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
5. Problemas de infraestructura.									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA					
MANABI		FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		VASCULAR	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD CON APP: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 8 AÑOS DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR	
DOLOR MAS EDEMA, ADEMAS REFIERE LA PACIENTE QUE LA VENA FEMORAL DERECHA AUMENTA DE TAMAÑO Y SE TORNA DE COLORACION NEGRA	
QUE DIFICULTA LA DEMABULACION NORMAL	
AL MOMENTO CONCIENTE ACTIVA ORIENTA EN TIEMPO Y ESPACIO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES				1802		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/10/2025	14 00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312195694				

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

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	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

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	