

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1306783422									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
											H	D	M	A	
SANTOS	LUCAS		MERCEDES			CLARITA		F	27/06/1970	55				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN								
968156947		MSP		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				MOTIVO			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA													
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA													

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA VASCULAR

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON VERZACID 150 MG Y CARVEDILOL 6.25 MG CAUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES CON INLAMACION DE VENAS VARICOSAS ACUDE AMBULATORIAMENTE A EMERGENCIA DONDE SE LE ADMINISTRA ANALGESIA Y ENVIAN TRATAMIENTO CON DAFLOXETINA DE 500 MG CADA 12 HORAS SIN MEJORIA AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PERSISTE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES

EN ESPERA

1	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACI	1831	X	4			
2				5			
3				6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2025/09/17	3:00:00 PM	VANESSA	CEDENO	PALACIOS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1312320516					

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

[illegible]

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
		SELLO		