

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/PACIENTE															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DESALUD			TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA			NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP			1248	CS CHONE			C	1309499828							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
												H	D	M	A
ALCIVAR		BRAVO		WALTHER			FEDERICO		M	20/12/1979	46				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA			X	DERIVACIÓN							
0984111995				1.				MOTIVO							
LEGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2.				6.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3.				7.					
MANABÍ		CHONE		CHONE		4.				8.			X		
				5.				9.							

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 CLINICO
MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CX DE VARICES DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES, REFIERE CC DE APROX 30 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, A LA EXPLORACION VENAS DE MIEMBROS CON SIGNOS DE INFLAMACION Y DOLOROSAS A LA PALPACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CR	PRE	DEF		CR	PRE	DEF
1	VARICEN EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS			1868	X		4			
2							5			
3							6			

F.DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
12/09/2025	12:00	ROBERT	ZAMBRANO
NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
1313675108			 Firmado electrónicamente por: ROBERTO JACINTO PENARRIETA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmAC

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

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTODE 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. DIAGNOSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1						1.				
2						2.				
3						3.				

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 IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO