MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1309729513	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
COAVOY	NAVARRETE	ROBINSON	HOMERO	M	29/07/1979	45			X	

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0985747969/	SI

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA X DERIVACIÓN

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				X	
4. Equipos en mal estado.						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				X	
5. Problemas de infraestructura.											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE DIABETES NO CONTROLADA, CON APP DE HTA CONTROLADA CON ATENOLOL50 MG DIA, ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA Y ORDEN DE IMAGEN YA QUE HACE APROXIMAMANTE 11 DIAS SUFRE TRAUMA DIRECTO EN MUSLO IZQUIERDO, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA HEMATOMAS Y EDEMA EN TODO LA EXTREMIDAD, PACIENTE REFIERE DOLOR EVA8/10, ADEMÁS MANIFIESTA DEBILIDAD Y PARESTESIAS EN MIEMBROS INFERIORES, PRESENCIA DE SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES BILATERALES. SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SOLICITO LABORATORIOS Y EXAMEN DE IMAGEN

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	E115		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/12/17	12:00	DR. FELIX	VELIZ	GILER

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1311762940	Firmado electrónicamente por: FELIX HUMBERTO VELIZ GILER	DISTRITO DE SALUD 13D12 Dr. Félix Humberto Véliz Giler ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414983

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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