

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	DELGADO	RAMONA CANDELARIA	01	02	1949	76 años, 7 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310517931	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR y SN	098-810-8356 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310517931	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2025	09	26
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 clínico

S: PACIENTE FEMENINA DE 76 AÑOS DE EDAD, APP: HTA ESENCIAL (TTO CON LOSARTAN 100MG), DIABETES MELLITUS TIPO 2 (VILDAGLIPTINA 50 MG /METFORMINA 850 MG QD), DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 45 %, HISTERECTOMIZADA HACE MAS DE 1 AÑO (NO ESTÁ CLARA LA RAZÓN DE LA CIRUGÍA), CON CIFOESCOLIOSIS, A QUIEN SE LE REALIZA VISITA DOMICILIARIA (MD JEAN CABALLERO) Y RESPONSABLE DEL AREA DE FISIOTERAPIA, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR EN PIERNAS BILATERALES, A LA INSECCION SE OBSERVA EDEMA UNILATERAL EN PIERNA DERECHA SIGNO DE GODET ++ (EDEMA MODERADA). A SU VALORACION PACIENTE ESTABLE, CONCIENTE, SIGNO DE ALARMA (INSUFICIENCIA VASCULAR). NOTA: PACIENTE REFIERE QUE LA ULTIMA CITA QUE TENIA CON ESPECIALIDAD (VASCULAR) PERDIÓ LA CITA POR FALTA DE MOVILIDAD LA CUAL NECESITA UNA REVALORACION Y SE RECOMIENDA NUEVA REFERENCIA PARA VALORACION Y CONTROL OPORTUNA A TIEMPO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

URGENTE PARA ATENCION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EDEMA LOCALIZADO	R600	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-26	11:29	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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
2025-09-26	11:29	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

