

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MIRANDA	ARTEAGA	JONATHAN DAVID	16	04	1990	36 años, 1 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313822106	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MARGARITA ALEGRIA y SN	099-185-5010 /
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	1313822106	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	06	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HTA CON TTO CON LOSARTAN 50 mg UNA TABLETA EN LA MAÑANA, AMLODIPINA 5mg UNA TABLETA EN LAS NOCHES, DIABETES MELLITUS TIPO I CON TTO CON INSULINA HUMANA NPH 14 UI AM Y 10 U PM, INSULINA HUMANA RAPIDA 14 UI PM. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA CON DIALISIS TRISEMANAL MARTES, JUEVES Y SABADO EN HOSPITAL DE CHONE. REFIERE QUE RECIBE ATENCIÓN RECIENTE POR EMBOLO EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHO, QUEDADNDO AREA NECROTICA EN DEDO MEDIO DE PIE DERECHO, AL MOMENTO EN CURACIÓN DIARIA, SE EVIDENCIA EVOLUCIÓN FAVORABLE OCN CITA PENDIENTE PARA VALORACIÓN POR C. VASCULAR., BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS , CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 15 (ALTO). TELEFONO 0982596013-0981959780.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS SITIOS	I808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	09:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-10	09:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

