

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ZAMBRANO	IAN ALEJANDRO	01	04	2011	14 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317635454	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	RICAURTE y	099-390-0187 /
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	1317635454	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2025	12	09	
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

HOMBRE DE 14 AÑOS DE EDAD CON CUADRO PRESUNTIVO DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN REGIÓN SUPRACILIAR DERECHA NO VISIBLE SI PALPABLE; ALERGIAS: NO REFIERE; APQX: APENDICECTOMÍA; ACUDE EN COMPAÑÍA DE MADRE POR, REAGUDIZACION DE CUADRO SÍNTOMAS HACE 2 MESES. CARACTERIZDO POR DOLOR TIPO PULSATIL, ESPORÁDICO ESCALA 8/10 EN REGIÓN SUPRACILIAR DERECHA QUE POSTERIORMENTE SE IRRADIA A REGIÓN OCULAR IZQUIERDA CON PERSISTENCIA DE 4 A 5 EPISODIOS POR MES QUE SE ACOMPAÑAN DE MAREOS QUE DESAPARECEN SIN NECESIDAD DE MEDICACIÓN. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA *** SIN ESTUDIOS O PARACLINICOS ACTUALES PARA ESTA CITA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN ESTUDIOS O PARACLINICOS ACTUALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DEL SISTEMA VASCULAR PERIFERICO, NO ESPECIFICADA	Q279	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	10:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-12-09	10:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	