

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOZANO	PINZON	ANGELICA JOHANNA	04	01	1989	35 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
COLOMBIANO/A	COLOMBIA	1758960890	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MALECON 5 DE JUNIO y MALECON 5 DE JUNIO	096-087-4765 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1758960890	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA	Consulta externa	Cirugía Cardiovascular	2024	04	08	
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

ACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD, CONTINUA CON DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, (INICIA EN REGIÓN INGUINAL, CARA INTERNA DE ENTREPIERNA Y SE IRRADIA HASTA EL TALÓN DEL MISMO LADO, ACOMPAÑADO DE HORMIGUEO A CONSECUENCIA "TROMBOEMBOLISMO", POR LO QUE ACUDIÓ A ATENCIÓN MEDICA, EN DONDE LE PRESCRIBIERON ANTICOAGULANTES (4 DIAS CON ENOXAPARINA SUBCUTANEA Y 21 DIAS CON RIBAROXBAN 10 MG VO CADA 12 HORAS). AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. REFIERE QUE EL DOLOR SE EXACERBA AL DEAMBULAR Y CON LAS ABVD, IMPIDIENDO PARA LA MARCHA. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA	I829	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-04-08	11:50	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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 clínico

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
2024-04-08	11:50	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	