

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 DE ESPECIALIDADES	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 RIBAROXYABAN 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	