

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	RAUL BIENVENIDO	04	11	1945	80 años, 2 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300713060	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SUCRE y CHILE	098-017-4768 /
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	1300713060	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		2026	01	19
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 80 AÑOS DE EDAD SIN APP APARENTEMENTE ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, PARESTESIA MAS CAMBIO ATROFICO A NIVEL DE TOBILLO SE APRECIA VENAS VARICOSAS, EN PIERNA IZQUIERDA, NIEGA DOLOR TAMBIEN PRESENTEA LESIONES CUTANEAS EN FORMA DE PLACAS SIN ERITEMA QUE COMPROMETEN LA REGION LATERAL, ANTERIOR Y MEDIAL DEL TOBILLO Y PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑADAS DE PRURITO EN REGIONES AFECTADAS. AL EXAMEN FISICO MI PIERNA IZQUIERDA EDEMA / FOVEA ++ CAMBIO ATROFICO DE TOBILLO. ESQUIMOSIS SENSIBILIDAD PRESENTE, PULSO DISTALES PRESENTES, LESIONES CUTANEAS EN FORMA DE PLACAS SIN ERITEMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN PARACLINICOS ACTUALES PLAN FARAMCOLOGICO; SE INSTAURA DIOSMINA 500MG VO BID SE DA ASESORIA DE USO DE MEDIAS COMPRESIVAS 20-30MMHG

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	I872	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	13:55	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
2026-01-19	13:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	