

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CAICEDO	ANDRES IGNACIO	23	10	1948	77 años, 5 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301721930	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	POTRERILLO y SN	093-983-3814 /
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	1301721930	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	04	06
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	☐	CEAP 5	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON DM2 MEDICADO CON INSULINA 30 UI AM Y 15 UI PM, QUE PRESENTA ÚLCERA EN PIE DERECHO DE 2 MESES QUE VIENE EN MEJORAÍA, PACIENTE DE DIFICIL CONTROL Y ADHERENCIA, REFEIRE QUE HAY OCASIONES EN LAS QUE NO USA INSULINA AUNQUE TENGA, 0981308281 LABORATORIO 137.70 POTASIO 5.01 CLORO 97.70 CALCIO 1.28 HB1AC SOLICITA CAMBIO DE CAMBIO DE INSULINA XQ YA NO CUENTA CON INSULINA INTERMEDIA. 38 UI INSULINA GLARGINA CON LA MERIENDA. MANIFIESTA DOLOR Y PARESTESIAS EN MID AL EXAMEN FISICO VENAS TORTUOSAS. CEAP 5. PACIENTE CON LOSARTAN 50 MG QD (NO TOMA O LO TOMA AL MEDIO DIA) CLÑORTALIDONA 25 MG QD (AVCS NO TOMA) SIMVASTATINA 40 MG HS, DAPAGLIFLOZINA/METFORMINA 10/1000 MG QD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	I839		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	10:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-04-06	10:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

