

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	FLERIDA MARIA	09	01	1955	71 años, 0 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301850598	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVENIDA ELOY ALFARO y	098-817-1296 /
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	1301850598	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	01	21
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 ☐

VENAS VARICOSAS EN MIEMBROS INFERIORES Y EDEMA MALEOLAR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES CONOCIDOS, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, DE APARICIÓN ESPONTÁNEA, PROGRESIVO, NO ASOCIADO A TRAUMATISMO. NIEGA DOLOR INTENSO, FIEBRE, ERITEMA MARCADO, DISNEA O DOLOR TORÁCICO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA EDEMA UNILATERAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, PRESENCIA DE VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES, CLASIFICACIÓN CEAP C2, SIN SIGNOS CLÍNICOS DE INFECCIÓN NI ISQUEMIA. PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE REALIZA EKG DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

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
2026-01-21	11:32	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-01-21	11:32	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	