

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MEJIA	ZOILA CRISTINA	04	10	1951	74 años, 1 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301893481	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	BELIZARIO TORRES y MEDARDO ALFARO	096-804-0125 /
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	1301893481	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		2025	11	18
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

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, CON TIROIDECTOMIA PARCIAL MAS DE DOS DECADAS. CON INSUFICIENCIA VENOSA DE LARGA DATA. EN EL ULTIMO MES PRESENTA PARES TESIA EN MIEMBROS INFERIORES QUE SE HA EXACERBA CUANDO MANTIENE BIPEDESTACION PROLONGADA Y MARCHA, REALIZA QUEHACERES DEL HOGAR.VENAS VARICOSAS CEAP C3

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GB 5.1 LINF 46.1 NEU 42.1 HB 12.2 HCT 36.1 PLT 212 HBA1C 4.9 GLU 90 UREA 32 CREA 0.91 COL 141 TRI 113 AU 5 TGO 18 TGP 15 NA 142 K 3.8 CL 104
--

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
2025-11-18	14:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2025-11-18	14:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	