

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	VITALINA VITALINA	25	01	1951	74 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302884174	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO	0991927045 /
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	1313436055	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	CIRUGIA VASCULAR		08	10	2025
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

☐

DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES VARICES GRADO CEAP 3 MI IZQUIERDO

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTA MAYOR DE 74 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION TRATADA CON LOSARTAN DE 100 MG VO QD, DIABETES MELLITUS TIPO 2, ARTROSIS, INSUFICIENCIA CIRUGIA DE TIROIDES, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR POLIARTICULAR. REFIERE INSOMNIO EN OCASIONES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ESTABLE. PACIENTE EN CONTROLES CON REUMATOLOGIA CON MANEJO QUE NO RECUERDA. SE VISUALIZAN VENAS VARICOSAS CEAP 3 E MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO- CON DIFICULTAD DE MOVIMIENTO DE MIEMBRO AFECTO NUMERO CONTACTO 0991927045

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

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
2025-10-08	08:23	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-08	08:23	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	