

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	RODRIGUEZ	IRENE BEATRIZ	26	11	1953	72 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302887086	MANABI	CHONE	CANUTO	DSD y DSD	098-710-9627 /
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	1302887086	CANUTO	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	06	30
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 FEMENINA DE 72 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CITA MEDICA POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR Y SENSACIÓN DE PESADEZ EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, DE MAYOR INTENSIDAD EN PIERNA IZQUIERDA, CON EMPEORAMIENTO PROGRESIVO DURANTE EL ÚLTIMO MES. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS AUMENTAN AL FINAL DEL DÍA Y MEJORAN PARCIALMENTE CON EL REPOSO Y LA ELEVACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES. DESDE HACE APROXIMADAMENTE TRES SEMANAS PRESENTA DOLOR LOCALIZADO SOBRE EL TRAYECTO DE UNA VENA VARICOSA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. NIEGA TRAUMATISMOS RECIENTES, FIEBRE, DISNEA, DOLOR TORÁCICO, PÉRDIDA DE FUERZA, PARES TESIAS, CAMBIOS DE COLORACIÓN DISTAL O ÚLCERAS ACTIVAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, DOLOR A LA PALPACIÓN SOBRE TRAYECTO VENOSO VARICOSO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	14:57	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-06-30	14:57	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	