

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	VELIZ	MARIANITA DEL JESUS	27	05	1961	64 años, 8 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303065492	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MARANATHA y SN	099-919-9379 /
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	1303065492	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	01	29
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 FEMENINO DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL DE 20 MILIGRAMOS Y CARVEDILOL DE 25 MILIGRAMOS, HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA DE 100 MICROGRAMOS, ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FISICA DEL 73% Y ANTECEDENTE DE HIPERTENSION PULMONAR, SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO CON NEUMOLOGO. ACUDE A CONSULTA MEDICA, REFIERE HINCHAZON A NIVEL DE PIE IZQUIERDO, REFIERE DOLOR TIPO PUNZANTE, CALAMBRES NOCTURNOS, PESADEZ. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA HINCHAZON, CALOR, RUBOR. SE ENCUENTRA ACTIVO REACTIVO GLASGOW 15/15. POR MULTIPLES ANTECEDENTES Y CLINICA, SE REALIZA REFERENCIA PARA CIRUGIA VAS CULAR AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	I802		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	09:19	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2026-01-29	09:19	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

