

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PILOSO	LOOR	LADY ESPERANZA	03	09	1952	73 años, 1 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303071722	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE JUNIN y CALLE BOYACA	099-316-9147 /
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	1303071722	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2025	10	27
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 DE 73 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR ÚLCERA EN TOBILLO IZQUIERDO DESDE HACE 3 MESES, QUE NO CEDE CON TRATAMIENTO, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA CON CIRUGIA VASCULAR, PARA VALORACIÓN POR RESULTADOS DE ESTUDIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECODOPPLER: AL MOMENTO DE ESTUDIO NO SE EVIDENCIA TROMBOSIS EN LOS TERRITORIOS ESTUDIADOS, CAYADO Y TRAYECTO DE LA VENA SAFENA EXTERNA DERECHA CON INSUFICIENCIA MODERADA, VENA PERFORANTE INSUFICIENTE EN LA CARA INTERNA DE LA PIERNA DERECHA A LOS 20CM DE LA PLANTA DEL PIE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA E INFLAMACION	I832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-27	14:15	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-27	14:15	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	