

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	NINFA BIENVENIDA	10	11	1957	68 años, 5 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303161598	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	MARIO LOOR y	098-015-4655 /
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	1303161598	SAN ANTONIO	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	04	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	☐	INSUFICIENCIA VENOSA CEAP 3	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE HIPOTIROIDISMO, MEDICADA CON EUTIROX DE 50 MCG, HTA MEDICADA CON LOSARTAN 50 MG QD, ARRITMIA. CARVEDILOL 6.25 MG QD, OBESIDAD, COLON IRRITABLE. ACUDE POR PLACAS ERITEMATOSAS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES SOBRETODU EN PIERNA IZQUIERDA DE BORDES DEFINIDOS IRREGULARES, SOBRELLEVADOS LIGERAMENTE EN CARA ANTERIOR DE PIERNA, SE OBSERVA ADEMÁS EDEMA, TELANGECTASIAS EN AMBAS PIERNAS. VARICES SOBRE LA RODILLA, CEAP 3. EN RELACIÓN A PLACAS INFORMA BIOSIA DERMATTIS POR ESTASIS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0980154655

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
2026-04-29	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-04-29	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

