

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARREIRO	ALCIVAR	BELLA ARMINDA	20	09	1955	70 años, 5 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303168676	MANABI	CHONE	CONVENTO	SUMITA PITA LA PALMITE y	099-432-4306 /
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	1303168676	CONVENTO	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	03	03
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

ADULTA MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: HTA Y DMT2 CONTROLADA CON LOSARTAN 50MG Y METFORMIINA 750MG CADA 12 HORAS + VIDAGIPTINA 50MG PACIENTE CON DOLOR PESADEZ CALAMBRES PRESENCIA DE VARCES EN AMBAS PIERNAS MOTIVO POR EL CUAL ACUDE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO,DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO Y MARCO COLONICO RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, PRESENCIA DE VARICES EN AMBAS PIERNAS . MUCOSAS, HIDRATADA SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON VARICES EN AMBAS PIERNAS AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	I868		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	13:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-03-03	13:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

