

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	PEÑARRIETA	SERGIA NIEVE	02 día	03 mes	1964 año	62 años, 4 meses, 11 días a-m-d	Mujer 1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303970527	MANABI	JUNIN	JUNIN	VIA JUNIN CALCETA y KM TRES Y MEDIO	099-473-7790 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1303970527	AGUA FRIA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	07	13
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 62 AÑOS, CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 70%, QUE PRESENTA DOLOR CRÓNICO EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, ASOCIADO A PESADEZ, EDEMA VESPERTINO Y CALAMBRES NOCTURNOS. REFIERE USO ADECUADO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN ELÁSTICA Y MANEJO CONSERVADOR, SIN MEJORÍA CLÍNICA DE LA SINTOMATOLOGÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIAN VÁRICES DILATADAS Y TORTUOSAS BILATERALES CON SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL, DOLOR A LA PALPACIÓN Y EDEMA, SIN PRESENCIA DE ÚLCERAS NI DATOS DE INFECCIÓN. PULSOS PERIFÉRICOS CONSERVADOS. POR CLÍNICA COMPATIBLE CON ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA (CIE-10: I83.1), SE REMITE A CIRUGÍA VASCULAR PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DEFINICIÓN DE MANEJO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HEMONIDAMICAMENTE ESTABLE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	1839		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	10:14	Medicina Rural	GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA	1312706136	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR: GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA

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
2026-07-13	10:14	Medicina Rural	GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA	1312706136	