

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANTANA	MARTHA NARCISA	07	12	1963	62 años, 4 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303999021	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	VIA A BOYACA y	093-996-9127 /
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	1303999021	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D08 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	04	23
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 SEXO FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA. ACUDE POR REFERIR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRES ENCIA DE VENAS VARICOS EN AMBAS PIERNAS CON DOLOR DE EVA DE 7/10 MAS PARESTESIA Y PRURITO QUE SE EXACERBA A LA ACTIVIDAD FISICA Y AL DEAMBULAR PROLONGADAMENTE- REFIERE USO DE DIOS MINA 500MG VO QD 2 MESES EXAMEN FISICO; MIEMBRO INFERIOR S E APRECIA VENAS VARICOS Y TELANGIECTASIAS EN ZONA DE AMBOS MUSLOS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	I872		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	08:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

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
2026-04-23	08:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	