

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	RODRIGUEZ	COLON MARIO	13	09	1953	72 años, 2 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304033655	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COLON y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-499-4777 /
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	1304033655	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	11	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	☐	Trastorno afectivo y del comportamiento	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD, CONSCIENTE, COLABORADOR CON LA ENTREVISTA, PARCIALMENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. PORTADOR DE RETRASO MENTAL MODERADO CON UN 75% DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL. REFIERE FAMILIAR QUE, DESDE HACE APROXIMADAMENTE DOS AÑOS, POSTERIOR A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TESTICULAR, EL PACIENTE PRESENTA ÁNIMO DEPRESIVO, LLANTO FRECUENTE Y TRASTORNOS DEL SUEÑO CARACTERIZADOS POR DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL MISMO. SE AGREGA IRRITABILIDAD, EPISODIOS DE AGITACIÓN PSICOMOTORA, CONDUCTA OPOSICIONISTA, TENDENCIA A ABANDONAR EL DOMICILIO, COMPORTAMIENTO AGRESIVO CON DESTRUCCIÓN DE OBJETOS E INSULTOS HACIA LOS CONVIVIENTES. SE SUGIERE VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA PARA ESTUDIO Y MANEJO DE PROBABLE TRASTORNO AFECTIVO O DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A SU CONDICIÓN NEUROCOGNITIVA. CELULAR 0984994777

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F711		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	10:32	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-11-13	10:32	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	RODRIGUEZ	COLON MARIO	13	09	1953	72 años, 2 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304033655	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COLON y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-499-4777 /
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	1304033655	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		2025	11	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	☐	INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. CEAP C4	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD, CONSCIENTE, COLABORADOR CON LA ENTREVISTA, PARCIALMENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. PORTADOR DE RETRASO MENTAL MODERADO CON UN 75% DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA CON VÁRICES DE LARGA EVOLUCIÓN, SIN TRATAMIENTO ACTUAL. CLASIFICACIÓN CEAP: C4 (CAMBIOS CUTÁNEOS). INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE HACE APROXIMADAMENTE 20 AÑOS POR VARICECTOMÍA EN LA MISMA EXTREMIDAD. ANTECEDENTE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR VARICOCELE HACE 2 AÑOS. NO HA SIDO VALORADO POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DESDE HACE VARIOS AÑOS. EN LA EXPLORACIÓN SE EVIDENCIAN CAMBIOS TRÓFICOS CUTÁNEOS COMPATIBLES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA AVANZADA. SE SUGIERE VALORACIÓN POR ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR PARA.. CELULAR 0984994777

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	10:32	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-11-13	10:32	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

