

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	RODRIGUEZ	COLON MARIO	13	09	1953	72 años, 4 meses, 14 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	Geriatría y Gerontología		2026	01	27
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 MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD, 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 CRONICA, PACIENTE EN CONTROL Y TRATAMIENTO CON PSIQUIATRIA, QUIEN OBSERVA EDEMA Y RUBOR EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA, POR LO QUE LA ENVIA A SOLICITAR REFERENCIA PARA VALORACION DE MEDICO GERIATRA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	08:28	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2026-01-27	08:28	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

