

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	CAICEDO	ZONIA BOLIVIA	29	10	1949	75 años, 11 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304498312	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	096-218-7945 /
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	1304498312	SANTA RITA	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	10	21
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 FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA, AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. APP:HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD ; APF:NO REFIERE. EXAMEN FÍSICO NORMOCÉFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTI-LADO RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMA. PACIENTE REFIERE HACE 4 MESES TROMBO EN PIERNA IZQUIERDA QUE CAUSÓ EDEMA, CALOR, RUBOR Y CONGESTIÓN VENOSA IPSILATERAL. PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO CON DIOMINA Y HEPERIDIONA POR 30 DIAS . ACUDE A CONSULTA DE CONTROL CON SV ESTABLES , HTA CONTROLADA Y SOLICITA REFERENCIA PARA SER ATENDIDA POR CIRUGIA VASCULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO CON DIOMINA Y HEPERIDIONA POR 30 DIAS . ACUDE A CONSULTA DE CONTROL CON SV ESTABLES , HTA CONTROLADA Y SOLICITA REFERENCIA PARA SER ATENDIDA POR CIRUGIA VASCULAR.

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
2025-10-21	08:44	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

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
2025-10-21	08:44	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

