

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVIA	SALMERON	TITO PABLO	08	06	1951	74 años, 3 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304753088	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RIIVERAS DEL BEJUCO y MZV BLOQUE 4	099-302-0477 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304753088	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugia Vascular		2025	10	03
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/espec ifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO ARTICULAR, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA CEFALEA, Y EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES DEBIDO A PRESENCIA DE VARICES, LAS CUALES ESTAN MUY PROMINENTES, AL MOMENTO PRESENTA ULCERAS VARICES, EDEMA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES GODET +++. REFIERE ADEMAS QUE PRESENTA DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA Y NIVEL LUMBAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE ENVIDENCIA VARICES PROMINENTEN EN MIEMBROS INFERIORES, EDEMA DE AMBOS MIEMBROS Y PRESENCIA DE ULCERAS EN VENAS TORTUOSAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA E INFLAMACION		I832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	14:56	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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
2025-10-03	14:56	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	