

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VELEZ	DORIS MARISOL	18	11	1963	62 años, 7 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304964776	MANABI	JUNIN	JUNIN	CDLA JAIME ROLDOS y CDLA JAIME ROLDOS	097-983-1710 /
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	1304964776	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	06	30
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 FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON AMLODIPINO 5 MG VO QD, DIAPREZAN 12,5/160 VO QD, CARVEDILOL 12,5 MG VO QD, ACUDE CON DOLOR Y SENSACION DE ADORMECIMIENTO EN CARA INTERNA DE MUSLO DERECHO. SE RECIBE RESULTADO DE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DONDE COMENTAMOS: HALLAZGOS EN RELACION CON DILATACION VARICOSA TROMBOSIS A NIVEL DE LA CARA EXTERNA DEL MUSLO DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DONDE COMENTAMOS: HALLAZGOS EN RELACION CON DILATACION VARICOSA TROMBOSIS A NIVEL DE LA CARA EXTERNA DEL MUSLO DERECHO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA		I829		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	22:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-30	22:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	