

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	SALTOS	SIMON ARISTODOLO	14	06	1965	60 años, 3 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305148288	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO LOS GUASMOS y	096-736-5524 /
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	1305148288	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	09	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	☐	INSUFICIENCIA VENOSA CEAP 4	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD, DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON INSULINA 30 UI AM Y 30 UI PM, EPILEPSIAS TRATADA CON CARBAMAZEPINA 400 MG VO C/12H, ADEMÁS CON LEVODOPA Y CARBIDOPA, PACIENTE CON CAMBIOS DE COLORACIÓN EN MIEMBROS INFERIORES, EDEMA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO 0999165262 (MERCEDES LOOR HNA) LABORATORIO INDICA UREA DE 27 Y CREATININA 0.88 FG 85. COLESTER T Y TG 168 Y 145 RESPECTIVAMENTE. AL EXAMEN FISICO CEAP 4.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LABORATORIO INDICA UREA DE 27 Y CREATININA 0.88 FG 85. COLESTER T Y TG 168 Y 145 RESPECTIVAMENTE. AL EXAMEN FISICO CEAP 4.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	