

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ANCHUNDIA	JOSEFA MARGARITA	25	10	1963	62 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305262543	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA MANTA QUEVEDO y	099-360-2299 /
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	1305262543	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular	2026	06	11
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

USUARIO ACUDE POR DOLOR A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES DE LARGA DATA CON APP: DE INSUFICIENCIA VENOSA (VARICES) CATEGORIA CEAP GRADO 3... ID: VENAS VARICOSAS INFLAMADAS SIN ULCERA... PLAN DIOS MINA MAS HESPERIDINA 900/100 MG QD 8PM + REFERENCIA A CIRUGIA VASCULAR DE 2DO NIVEL DE ATENCION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SISTEMA VENOSO DERECHO VENA SAFENA INTERNA FLUJO DISMINUIDO Y DIAMETRO AUMENTDO CON TROMBOSIS DEL 50% VENA SAFENA EXTERNA FLUJO DISMINUIDO Y DIAMETRO AUMENTADO CON TRAYECTO TORTUOSO CON TROMBOSIS PARCIAL, VALVAS VENOSAS INSUFICIENTES VENAS PERFORANTES INSUFICIENTES. SISTEMA VENOSO IZQUIERDO VENA SAFENA INTERNA FLUJO DISMINUIDO Y DIAMETRO AUMENTDO CON TROMBOSIS DEL 50% VENA SAFENA EXTERNA FLUJO DISMINUIDO Y DIAMETRO AUMENTADO CON TRAYECTO TORTUOSO CON TROMBOSIS PARCIAL, VALVAS VENOSAS INSUFICIENTES VENAS PERFORANTES INSUFICIENTES.

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
2026-06-11	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-06-11	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

