

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CEDEÑO           | ZAMBRANO         | BELLA CARLINA | 12                  | 01  | 1965 | 60 años, 3 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305487058        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SN y SN                      | 099-074-8050 /       |
| 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                 | 1305487058      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                  |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Vascular |  | 2025  | 04  | 21  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad     |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE HIPOTIROIDIS MO EN TRATAMIENTO. PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE Venas varicosas prominentes: tortuosas, azuladas y palpables. Edema maleolar leve, venas dilatadas y tortuosas visibles bajo la piel, de color azul o violáceo sobre todo en zona de pantorillas, presencia de arañas vasculares. Paciente presenta pesadez y fatiga en miembroa inferiores, especialmente cuando la paciente permanece por mucho tiempo parada. Dolor o sensación de ardor en las extremidades inferiores.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO CON MEDICINA VASCULAR

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-04-21 | 13:57 | 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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |