

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CEDEÑO	AMPARO VICTORIA	13	12	1965	60 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305802413	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE MALECON 2 y	098-650-8582 /
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	1305802413	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		2026	04	20
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 60 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENCIA PROGRESIVA DE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, ASOCIADO A DOLOR TIPO PESADEZ Y FATIGA QUE SE INTENSIFICA AL FINAL DEL DÍA Y CON LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA. REFIERE ADEMÁS LA APARICIÓN DE VENAS VARICOSAS VISIBLES Y TORTUOSAS EN AMBAS PIERNAS, CON MAYOR PREDOMINIO EN UNA DE ELLAS, LAS CUALES HAN AUMENTADO EN TAMAÑO Y NÚMERO CON EL TIEMPO. EL PACIENTE DESCRIBE TAMBIÉN LA PRESENCIA DE TELANGIECTASIAS ("ARAÑAS VASCULARES") A NIVEL DE MUSLOS, ASOCIADAS A SENSACIÓN DE CALOR LOCAL Y MOLESTIAS ESTÉTICAS. NIEGA EPISODIOS DE ÚLCERAS, PERO REFIERE OCASIONAL SENSACIÓN DE TENSIÓN CUTÁNEA Y LEVE CAMBIO DE COLORACIÓN EN LA PIEL DE LAS PIERNAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0986508582

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-20	15:30	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-04-20	15:30	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

