

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	OTILDA BIRMANIA	25	05	1971	54 años, 8 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306122118	MANABI	CHONE	CONVENTO	RAMON GILER y SN	099-100-2039 /
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	1306122118	CONVENTO	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	02	18
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

SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100MG CADA DIA ,AL MOMENTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO Y RIESGO PODOLOGICO BAJO CON PRESION ARTERIAL DE 140 /80 MG REFIERE DOLOR EDEMA SENSACION DE PESADEZ EN PIERNA IZQUIERDA EL DIA DE AYER SE FORMA HEMATOMA SE EVIDENCIAN PEQUEÑAS VARICES EN AMBAS PIERNAS HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR PARA VALORACION Y TRATMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	09:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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 clínico

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
2026-02-18	09:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	