

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	DEMERA	LUZMILA BENEDICTA	28	04	1961	65 años, 1 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306217256	MANABI	CHONE	CANUTO	SITIO GARRAPATILLA y	093-932-7077 /
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	1306217256	CANUTO	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	06	19
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 64 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CRÓNICO CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE VÁRICES EN MIEMBROS INFERIORES, ASOCIADO A DOLOR TIPO PESANTEZ, HORMIGUEO, SENSACIÓN DE CANSANCIO Y AUMENTO DE MOLESTIAS CON LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA, CON ALIVIO PARCIAL AL ELEVAR LAS PIERNAS. REFIERE EPISODIOS DE AUMENTO PROGRESIVO DE VÁRICES, CON LIMITACIÓN PARA LA MARCHA Y ACTIVIDADES DIARIAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL NI DATOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EVIDENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON VÁRICES SINTOMÁTICAS EN MIEMBROS INFERIORES, DOLOR, HORMIGUEO Y LIMITACIÓN FUNCIONAL, CUADRO COMPATIBLE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA, REQUIERE VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR Y ECO DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	09:19	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-06-19	09:19	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

