

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	PANTA	NIEVES GUADALUPE	27	08	1944	81 años, 5 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	1306226885	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO BRAVOS CHICOS y SITIO BRAVOS CHICOS	098-892-9395 /
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	1306226885	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular		2026	02	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 81 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. ACUDE CON CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES, EDEMA Y SE EVIDENCIA PRESENCIA DE VARICES EN AMBAS PIERNAS, AL INTERROGATORIO REFIERE QUE PRESENTA OCASIONALMENTE PARESTESIA EN SUS EXTREMIDADES, NIEGA OTROS SINTOMAS, PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION		I831	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-20	10:15	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-20	10:15	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	